

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

**“LA POBREZA ASOCIADA A LA PRESENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD 9 DE ABRIL- TARAPOTO PERIODO ENERO- JUNIO 2013”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA**

**AUTORES:**

**Bach. en Obstetricia Teresa de Jesús Sandoval López**

**Bach. en Obstetricia Erika Vanessa Riofrio Garay**

**ASESORA:**

**Obsta. MSc. Gloria Francisca Quijandria Oliva**

**TARAPOTO – PERÚ**

**2013**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

**“LA POBREZA ASOCIADA A LA PRESENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD 9 DE ABRIL- TARAPOTO PERIODO ENERO- JUNIO 2013”**

**JURADO CALIFICADOR:**

Obsta. Dra. Rosa Ríos López

Presidente

Obsta. Mg. Marina Huamantumba Palomino

Secretario

Lic.Nut. Maria Elena Farro Roque

Vocal

**TARAPOTO – PERÚ**

**2013**

# **LA POBREZA ASOCIADA A LA PRESENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD 9 DE ABRIL-TARAPOTO. PERIODO ENERO- JUNIO 2013.**

## **I. INTRODUCCION.**

### **1.1. Marco Conceptual**

Los países en vías de desarrollo se han caracterizado por la inequidad en la distribución de la renta y la riqueza, y se ha encontrado que en América Latina el 44% de la población vive en la pobreza. Esa condición afecta a los jóvenes de nuestros países, por cuánto 58 millones son pobres y 21,9 millones están en condiciones extremas de pobreza. Los más afectados son jóvenes de áreas rurales de sexo femenino o perteneciente a los grupos más vulnerables de la sociedad por lo tanto la pobreza se vincula con la violencia.

En el Perú, los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años se han incrementado de 12,5%, en el 2011, a 13,2%, en el 2012, según ENDES 2012. Es decir, hasta el año 2012 4.423 adolescentes ya fueron madres o estaban embarazadas por primera vez. Esto debido a causas como la violencia sexual, poca información sobre métodos de planificación familiar y falta de educación sexual en los colegios. La mayor prevalencia de embarazos adolescentes se encuentra en el área rural y en zonas de la selva, donde es común que una mujer inicie su vida sexual desde muy joven. El año 2012, en Lima y Callao se registraron 1.454 embarazos, una de las cifras más altas en el Perú. Esta problemática social va de la mano con la mortalidad, de las 428 muertes maternas notificadas en el 2012, el

9,6% (41 casos) eran mujeres adolescentes de 12 a 17 años de edad, según la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINSA), la mayoría de muertes maternas fueron consecuencia de complicaciones producidas durante el embarazo o el parto. La principal causa de muerte materna indirecta en adolescentes fue el suicidio 56% (5 casos). En el 2011 se llegaba al 33%. Pero estas cifras no reflejan la realidad en toda su dimensión. Muchos casos no son reportados oficialmente. "Es de gran preocupación el incremento de muertes por aborto o suicidio. La adolescente que tiene un embarazo no planificado de pronto se halla sola, no tiene quien la ayude, la pareja la violenta o la obliga a abortar, la botan de su casa o los padres no quieren que tenga el bebe y en la escuela la rechazan"

En San Martín el nivel de pobreza es 27.3%, lo que determina que la pobreza perpetúa la mala salud, la desigualdad de género y el rápido crecimiento de la población. La evidencia demuestra que no será posible reducir la pobreza y alcanzar el desarrollo sostenible, si mujeres, hombres y adolescentes no pueden ejercer sus derechos reproductivos y acceder a la salud sexual y reproductiva según criterios de equidad socioeconómica, de edad, género, raza/etnia (UNFPA, 2004). En San Martín 04 de 22 muertes maternas fueron adolescentes en el año 2012, del total de gestantes 19,991 fueron gestantes adolescentes atendidas 3292 (16%) de ellas sólo llegaron a ser controladas 684, 21.2% de los embarazos corresponden adolescente, existiendo una brecha negativa en comparación con el Perú que es 12.5%. En el 2011 en general la violencia

física y sexual en San Martín alcanzó el 47.1%, de ello el 33.6% de atenciones por violencia fueron adolescentes de 0-17 años en San Martín. Por lo anterior la pobreza puede ser analizada como en dos dimensiones absolutas o relativas. La pobreza absoluta es una situación en que el individuo o la familia no alcanzan los ingresos o recursos mínimos para satisfacer sus necesidades biológicas y/o básicas. En cambio la pobreza relativa es aquella que se define en la desigualdad de la distribución de los ingresos y la riqueza. Dentro de la pobreza relativa lo que interesa es la comparación de las familias con el "estilo de vida de la comunidad" o sea del nivel promedio social del entorno en que viven; la consideración común es que la pobreza produce situaciones de frustración que desencadenan comportamientos violentos. Las malas condiciones de vida, caracterizadas por el hacinamiento y la falta de espacio vital, la carencia de servicios básicos, la falta de oportunidades de expansión o entretenimiento, el elevado consumo de alcohol, la falta de educación, la falta de acceso al trabajo y de oportunidades para mejorar el nivel de vida, la sobrecarga de responsabilidades por el elevado número de hijos, entre otros, predispondrían a la aparición de conductas violentas entre los miembros de familias pobres y marginadas, siendo una de las más importantes las que se da entre el marido, considerado el proveedor de la familia, y la mujer, tradicionalmente considerada la administradora del hogar. La pobreza explica numerosos embarazos por ejemplo: En los sectores marginales la mujer tiende a conformar pareja definitiva entre los 15 y los 17 años como un intento de mejorar las condiciones de precariedad en las que vive, ella sueña que casándose todo será mejor

pero a causa de la crisis económica, numerosas jóvenes son abandonadas por su pareja inicial y se ven obligadas a estructurar otra relación que siempre exige más hijos y que con frecuencia no termina por ser la última si no por el contrario generalmente en estos casos la violencia se hace presente.(1).

La violencia durante el embarazo es una agresión que pone en peligro no sólo una sino dos vidas. “Si bien en la mayor parte de la violencia familiar los golpes van dirigidos a la cabeza de la víctima, durante el embarazo estos van dirigidos a los senos, el abdomen o los genitales”.Además de los daños físicos ya mencionadas, la violencia durante el embarazo puede tener consecuencias psicológicas. La mujer embarazada y agredida por su pareja está en mayor riesgo de sufrir estrés, depresión y adicción al tabaco, el alcohol y las drogas. Los efectos de la adicción a las drogas en el feto han sido bien documentados, pero los efectos de la depresión son más difíciles de determinar. Estos pueden incluir la pérdida del interés de la madre en su salud y en la de su hijo, tanto durante el embarazo como después del parto. (2)

Las consecuencias psicológicas a largo plazo de la violencia familiar durante el embarazo pueden tener un efecto perjudicial severo en el desarrollo psicológico del niño, quien probablemente será testigo de violencia después de su nacimiento. Además, el hombre que golpea a su compañera probablemente también golpeará a sus hijos. Siendo los efectos de mayor impacto para el desarrollo en la adolescente aun no estable. (3)

## **1.2. Antecedentes:**

- Cepeda, Morales, Hernales y Meléndez (México), 2011, realizaron un estudio de cohorte abierto (observacional, longitudinal, analítico) denominado “Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo”; compuesto por 250 pacientes embarazadas que acudieron para su atención obstétrica al INPER (25 con violencia familiar y 125 sin violencia familiar). El objetivo es establecer la fuerza de asociación entre violencia familiar durante el embarazo, recién nacidos de peso bajo y complicaciones maternas. Llegando al resultado que la violencia física incrementa en dos veces el riesgo de obtener recién nacidos de bajo peso (IC al 95% de 1.086 a 3.956) y cinco veces las toxicomanías (IC al 95% de 1.811 a 14.447). También se documentó la asociación con óbitos y trauma abdominal (residuos tipificados), obteniendo las siguientes conclusiones: La violencia familiar durante el embarazo incrementa significativamente, la probabilidad de nacimientos de bajo peso, óbitos, trauma abdominal y toxicomanías (tabaquismo, alcoholismo y uso de drogas) son más probables (4).
- Andina, Agencia Peruana de Noticia, 2010, Publicó, Incidencia de embarazo adolescente alcanza casi el 14 % en el país, MINSA viene desplegando esfuerzos para reducir esta tasa. La Dirección de Salud de las Personas informó que la incidencia del embarazo adolescente en el Perú alcanza el 13.7 por ciento, y se concentra en las zonas rurales y de mayor pobreza, de acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

- (ENDES) 2009. Se señala que los departamentos de San Martín, Loreto, Ucayali, Cajamarca y Apurímac registran la mayor cantidad de adolescentes embarazadas que residen, principalmente, en lugares de mayor pobreza y tienen bajo nivel educativo. Además la violencia doméstica y el desconocimiento de métodos de planificación familiar son factores que influyen en el embarazo adolescente desde los doce años, edad que también coincide con el inicio de la actividad sexual. Las adolescentes embarazadas corren el riesgo de sufrir partos prematuros, amenazas de aborto, infecciones vaginales, sangrados, anemia y complicaciones que pueden causar la muerte de la madre y de su hijo o hija.
- Claudio Stern, PH.D, (1997), en su estudio, el embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica, señala que uno de los argumentos que recientemente ha recibido mayor difusión y respaldo "científico" es aquel que ve en el embarazo adolescente, un mecanismo que contribuye a la transmisión de la pobreza. Este argumento se asocia cercanamente al supuesto de que dicho fenómeno coarta las posibilidades de obtener una escolarización suficiente y, por lo tanto, limita las posibilidades de obtener un empleo conveniente (o mejor remunerado) lo cual, a su vez, reduce el acceso a los recursos que permiten un desarrollo adecuado de los hijos, de tal modo que esta situación se perpetúa como un círculo vicioso.
- Hilda Núñez y Ana Rojas, (1998), en su estudio revisión conceptual y comportamiento del embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis



en comunidades urbanas pobres. Señala que la concepción sobre adolescencia ha sufrido importantes transformaciones que van desde una visión más anatomofisiológica y genética pasando por un tratamiento estadístico de la misma, y fundamentalmente delimitada por etapas, según edad cronológica y maduración biológica. Este fenómeno de violencia y embarazo adolescente se visualiza como un problema social, ya sea a nivel grupal e individual, por las consecuencias de carácter múltiple que conlleva, fundamentalmente para las madres adolescentes.

- Tita Flores Sulcal; Janine SchirmerII, (2006), Violencia intrafamiliar en la adolescencia, Puno – Perú, indica que la violencia representa, hoy, una de las causas principales del morbimortalidad, especialmente en niños, adolescentes, hombres y mujeres jóvenes de la población. Sin embargo, el análisis cuidadoso de la información disponible demuestra que la violencia tiene varias facies y afecta de manera distinta a la población. Los resultados de la violencia física de este estudio, refieren que los niños a edades más tiernas corren más riesgo de agresión por ser los más frágiles y susceptibles a accidentes, haciendo posible el diagnóstico sin muchas dificultades. La violencia contra los niños mayores son poco denunciados porque el comportamiento adolescente se considera "irreverente", justificando actos abusivos. La violencia de género crea obstáculos para la plena participación de las mujeres en la vida social, económica y política. La violencia es una experiencia traumática, pero la violencia de género es predominante infringida por los hombres en contra de las mujeres y los jóvenes. Refleja al mismo tiempo reforzar las desigualdades entre hombres y mujeres y compromete la

salud, la dignidad, la seguridad y la autonomía de las víctimas. Las carencias económicas podrían justificar el índice más grande de agresión en los niños, donde las familias que maltratan los hijos, son ellas mismas, víctimas del estrés de la pobreza. En el presente estudio, durante la recolección de datos, casi la totalidad de adolescentes refirió la violencia psicológica (los gritos, las reprimendas, las amenazas, los insultos) como actos normales, pues desde la infancia, habían recibido siempre agresiones verbales en su día-por-día. La violencia física fue precedida siempre de la psicológica, siendo ésta encontrada en el 99.5% de las historias. En relación a la violencia sexual, los resultados de esta investigación muestran que la mayoría de las adolescentes embarazadas y no embarazadas fueron forzadas a tener relación sexual, inclusive ocurriendo en la infancia. Los adolescentes son particularmente vulnerables al embarazo precoz, a los abusos sexuales, al rapto de niños y a otras prácticas dañinas. Las personas violentadas son más vulnerables a otros tipos de violencia, a la prostitución, al uso de drogas, a las enfermedades de transmisión sexual, a las enfermedades ginecológicas, a las alteraciones sexuales, a la depresión y el suicidio. La violencia intrafamiliar en sus diversos tipos es frecuente en la mayoría de las adolescentes del estudio. (5).

- Vargas y Rodríguez, (Otuzco-Perú) 2007, realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal denominado “Violencia intrafamiliar física, psicológica, sexual y su relación con el embarazo en adolescentes”. Se realizó a 55 adolescentes que acudieron por motivos obstétricos o perinatales con la finalidad de determinar la relación entre la violencia intrafamiliar física, psicológica y sexual en adolescentes que presentaron

embarazo. La información se obtuvo a través de una entrevista, utilizando un cuestionario e ítems de violencia intrafamiliar, esta entrevista fue aplicada por única vez en cada caso. Los datos fueron presentados en tablas de frecuencia absoluta y relativa, de acuerdo con los objetivos propuestos. Los resultados fueron:

- ✓ La frecuencia de violencia Intrafamiliar en las adolescentes que presentaron embarazo fue del 78.2%.
  - ✓ Se identificó tres tipos de violencia intrafamiliar, siendo: violencia física (80%), violencia psicológica (45.5%) y violencia sexual (7.3%).
  - ✓ Las modalidades de la violencia intrafamiliar en las adolescentes que presentaron embarazo fueron violencia leve: patadas (38.2%), insultos (30.9%); violencia grave: estrangulamiento (1.8%), privación de alimentos (5.5%) y coito forzado (1.8%).
  - ✓ Los motivos de la violencia intrafamiliar física y psicológica, contra las adolescentes mayormente fueron por conversar con amigos (50.9%), por no obedecer (41.8%), por salir sin permiso (36.4%), por contestar (25.5%), por mentir (21.8%) y por tener enamorado (5.5%).
  - ✓ Las agresiones son perpetradas con mayor frecuencia en la violencia física por el padre 32.7%, de la violencia psicológica fue la madre representado por un 21.8% y de la violencia sexual los tíos 3.6%.
  - ✓ La violencia psicológica es un factor influyente en el embarazo en adolescentes alcanzando alta influencia significativa ( $P < 0.001$ ). (6)
- 
- El Plan Nacional contra la Violencia Hacia la Mujer 2009–2015 reconoce la obligación del Estado de adoptar medidas para atender la

salud de las mujeres víctimas de violencia. Uno de los objetivos estratégicos de dicho plan prescribe, específicamente, que el Estado tiene la obligación de garantizar el acceso de las mujeres afectadas por la violencia basada en género, a los servicios públicos de calidad, incluyendo el acceso al sistema de salud, contribuyendo a superar su condición de víctimas.

- El MINSA tiene pendiente la aprobación de dos planes sectoriales: el Plan Estratégico Sectorial para la Atención de la Violencia contra la Mujer y el Plan Sectorial de Salud Mental. La Defensoría del Pueblo ha reconocido la importancia de aprobar ambos documentos, siempre que guarden coherencia con el marco general establecido por el Plan Nacional de Igualdad de Género y el Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer vigente, así como respecto a los protocolos sanitarios aprobados en esta materia.
- La ENDES 2011, registra que el 38,9% de las mujeres alguna vez manifestó que fueron víctimas de violencia física y sexual por parte de su esposo o pareja. De esta manera, las mujeres encuestadas informan que han sufrido empujones, golpes, patadas, ataques o amenazas con cuchillo, pistola u otra arma. Asimismo, en algunos casos, han sido obligadas a mantener relaciones sexuales sin su consentimiento o a realizar actos sexuales que no aprobaban. En lo concerniente al ámbito geográfico, el mayor porcentaje de esta forma de violencia se presentó en el ámbito urbano (32,2 %), en la Selva y Sierra (34,3 % y 33,7 %); y en los departamentos de Cusco y Apurímac (43,8 % y 43,7 %, respectivamente); el menor porcentaje se registró en La Libertad (18,9 %).

Con relación a la violencia psicológica, el 65,6 % de las mujeres alguna vez unidas señaló que su esposo o pareja ejerció alguna forma de control sobre ellas; que registran el 69,0% de las mujeres víctimas de violencia acude a la comisaría a solicitar ayuda; el 14,4%, al Juzgado; el 14,0%, a la Defensoría Municipal (DEMUNA); el 4,4%, a la Fiscalía; el 0,5%, a la Defensoría del Pueblo; el 3,6%, al MIMP; el 4,2%, a establecimientos de salud; y 7,8%, a otra institución.(7).

- El Centro de Emergencia de la Mujer (CEM) San Martín-Perú 2012, registró durante este periodo a 654 personas afectadas por violencia familiar y sexual teniendo los siguientes datos:
  - Riesgo para la integridad personal y para la vida los siguientes niveles de violencia son: Leve a 194 personas que equivale al 30%; Moderada a 441 personas que equivale al 67%; severa a 19 personas que equivale al 3% del total.
  - Tipo de violencia y grupo de edad tenemos: Maltrato infantil (0-17 años) 152 personas; violencia sexual niños y adolescentes 48 personas; violencia familiar adulto (18- 59 años) 419 personas; violencia sexual adulto (18-59 años) 4; violencia sexual adulto mayor (60 a + años) cero personas; maltrato al adulto mayor (60 a + años) 31 personas.
  - Vínculo del agresor con la víctima tenemos los datos más resaltantes: convivientes 23% que equivale a 150 personas; seguido de madre/padre 23% equivalente a 148 personas; esposo/a 15% equivalente 100 personas; ex-conviviente 13% equivalente a 85

personas; hijo/a 6% equivalente 36 personas; hermano/a 4% equivalente a 23 personas.(8)

- Rosa Joseph, 2008. Realizo el estudio situación de la salud de los adolescentes en la Región San Martín, encontró que la población adolescente constituye el 15% de la población total de la Región. El 65% de la población adolescentes son mujeres y el 35% son varones. En el grupo etareo de 10 a 14 años el 20% son varones y el 30% son mujeres. En el grupo etareo de 15 a 19 años el 15% Son varones y el 35% son mujeres. Además indica que el 75% (83521) de la población adolescente vive en pobreza y el 24.8% en extrema pobreza (27589) lo cual guarda relación con el nivel educativo del adolescentes que un 60% tiene primaria completa y un 40% secundaria incompleta y/o completa. El nivel de deserción escolar en adolescentes de 40% (UGEL S.M.). El 40% de adolescentes trabajan y el 20% trabajan y estudian (Estudio U.N.S.M. 2007) y entre los trabajos más frecuentes son agricultores como peones, comerciantes formales (vendedores) y motocarristas. (9)

### **1.3. Bases teóricas**

#### **1.3.1. VIOLENCIA FAMILIAR**

#### **VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA Y UNA FORMA DE DISCRIMINACIÓN**

Según la Asamblea General de Naciones Unidas, la violencia basada en género incluye todo acto o amenaza de violencia que tenga como consecuencia (o muestre posibilidades de tener como consecuencia) perjuicio y/o sufrimiento en la salud

física, sexual o psicológica de la mujer, con relación a los efectos de la violencia en la salud física y mental de las mujeres, un estudio del Banco Mundial señala que, entre las mujeres maltratadas, el riesgo de aborto espontáneo se duplica, en tanto que dar a luz niños o niñas que no alcanzan el peso medio es cuatro veces mayor.

Además, las mujeres víctimas de violencia se enfrentan a más de cuatro o cinco probabilidades más de requerir tratamiento psiquiátrico que las no maltratadas, y a cinco veces más de probabilidades de intento de suicidio. Asimismo, muestran una mayor tendencia a abusar del alcohol y a sufrir dolores crónicos y depresión.

La violencia genera un impacto profundo en la salud de las mujeres. Cualquier tipo de violencia basada en género, incluyendo la violencia sexual, puede producir consecuencias directas para la salud de las mujeres y puede aumentar el riesgo de problemas de salud en el futuro. En ese sentido, en los últimos años, no solo se ha relevado el vínculo entre la violencia contra la mujer y su impacto en la salud de las víctimas, sino en un plano más colectivo, como un problema de salud pública. Por ello, durante los últimos decenios, “aunque esta práctica frecuentemente tiene lugar en el ámbito familiar, se ha reconocido y tratado como un problema público.

Al respecto, la Comisión Interamericana sobre Derechos Humanos (CIDH) ha señalado que, en el caso peruano, a pesar de que el Estado ha mostrado la intención de acabar con la violencia contra la mujer, en la práctica, la violencia sexual y física en contra de la mujer, tanto en el ámbito privado como público, sigue constituyendo un grave problema.

En efecto, según el Observatorio de Género de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), en el año 2009, en el ámbito regional, el Perú registró el mayor número de mujeres asesinadas por su pareja o ex pareja. De igual

modo, la violencia contra la mujer en el ámbito familiar continúa presentándose con significativa incidencia.

La violencia contra la mujer especialmente la ejercida por su pareja o ex pareja continúa siendo un problema muy frecuente y de grandes dimensiones. Incluso es preciso mencionar que las cifras oficiales solo reflejan cierto porcentaje del problema, pues la real dimensión de la violencia contra la mujer supera. De este modo se puede advertir un fenómeno que de su carácter generalizado y sus consecuencias en la salud de las mujeres así como en el ejercicio de sus derechos fundamentales requiere ser abordado desde la administración pública como un asunto de salud pública. Precisamente, el acercamiento a la problemática de la violencia contra la mujer propone abordar estos hechos desde su dimensión social, puesto que su fin fundamentales analizar en forma eficiente y eficaz la respuesta social ante los contratiempos de salud que afecten el desarrollo de la sociedad. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha precisado que este abordaje permite el desarrollo de intervenciones desde un enfoque multidimensional y colectivo, al margen del problema individual. Este enfoque contribuye a romper con los mitos sobre la inevitabilidad de la violencia y a asumir que se trata de una realidad que demanda cambios.

Abordar el problema de la violencia contra la mujer desde la perspectiva de la salud pública contribuye a poner en evidencia los daños y lesiones a la salud de las víctimas, así como su influencia en el deterioro del entramado de relaciones sociales de solidaridad y cooperación en la sociedad en general.

Ahora bien, además de un problema de salud pública, la violencia contra la mujer constituye una afectación a los derechos fundamentales de las personas que la



padecen “la violencia de género se destaca como una violación sistémica y sistemática de los derechos humanos. Según la Convención Belém do Para, “la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades”.

En efecto, esta práctica afecta a los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física, psíquica y moral de las víctimas. Además, los actos de violencia, por lo general, afectan el derecho a la salud. Asimismo, en algunos casos, las víctimas pueden ver afectado su derecho al libre desarrollo de la persona, a la libertad de tránsito, a la paz, a la tranquilidad, a gozar de un ambiente equilibrado y adecuado al desarrollo de su vida.

La violencia basada en género es una de las formas más extremas y generalizadas de discriminación, la cual impide y anula en forma severa el ejercicio de los derechos de la mujer. De esta manera, el sistema interamericano de protección de los derechos humanos ha subrayado que la violencia basada en el género constituye una violación de los derechos humanos y una de las formas más persistentes de discriminación, que afecta a mujeres de todas las edades, etnias, razas y clases sociales (10).

## **PROTOCOLO SOBRE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER**

**Violencia:** Es un acto, conducta o hecho que ocasiona daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico, o muerte. La violencia es un acto social y en la mayoría de los casos un comportamiento aprendido en un contexto de inquietudes sociales, basadas en el género, la edad y la raza y con

imágenes violentas y de fuerza física, como la manera prevalente de resolver conflictos.

**Violencia contra la mujer:** Llamada también Violencia Basada en Género (VBG) es cualquier acto de fuerza física o verbal, coerción o privación que atente contra la vida de una mujer o niña, causando daño físico o psicológico, humillación o privación arbitraria de la libertad y que perpetúe la subordinación de la mujer. En muchas oportunidades, la mujer también llega a ser agredida a través de los hijos e hijas, cuando el hombre los ataca físicamente, los usa sexualmente, los fuerza a observar el abuso y los hace partícipes del atropello. De esta manera, el hombre controla a la mujer negándole su papel como madre defensora del bienestar de su descendencia.

**Violencia intrafamiliar:** Es el “uso de la fuerza física o moral, así como las omisiones graves que de manera reiterada ejerza un miembro de la familia en contra de otro integrante de la misma, que atente contra su integridad física, psíquica o ambas, independientemente de que pueda producir o no lesiones; siempre y cuando el agresor y agredido habiten en el mismo domicilio y exista una relación de parentesco, matrimonio o concubinato”. La violencia intrafamiliar puede ser física, Psíco- emocional y sexual.

## **TIPOS DE VIOLENCIA**

La violencia en general puede ser 4 tipos:

**Violencia física:** Cuando una persona se encuentra en situación de peligro física y/o está controlada por amenazas de uso de fuerza física. La violencia física es generalmente recurrente y aumenta en frecuencia y severidad de medida que pasa el tiempo, pudiendo causar la muerte de una persona. Las manifestaciones de este tipo de violencia pueden incluir: Empujones, Bofetadas, Puñetazos, Patadas, Arrojar objetos, Estrangulamiento, Heridas por armas, Sujetar, Amarrar, Paralizar, Abandono en lugares peligrosos, Negación de ayuda cuando la persona está herida.

**Violencia psicológica o emocional:** Puede darse antes y después de la violencia física o acompañarla. Sin embargo, no siempre que hay violencia psicológica o emocional hay violencia física. Aunque la violencia verbal llega a usarse y/o aceptarse como algo natural, es parte de la violencia psicológica. La violencia psicológica puede incluir: Gritos, amenazas de daño, aislamiento social y físico (no poder salir; no hablar con otros, etc.), celos, posesividad extrema, intimidación, degradación y humillación, insultos y críticas constantes. Otras manifestaciones de la violencia psicológica son las acusaciones sin fundamento, la atribución de culpas por todo lo que pasa, ignorar o no dar importancia o ridiculizar las necesidades de la víctima, las mentiras, el rompimiento de promesas, manejar rápida y descuidadamente para asustar e intimidar, llevar a cabo acciones destructivas como romper muebles, platos y en general, pertenencias de la persona y lastimar mascotas.

**Violencia económica:** Esta es otra forma de controlar a la persona, haciéndola dependiente. Incluye el control y manejo del dinero, propiedades y en general, de todos los recursos de la familia por parte de una persona. Algunas manifestaciones de este tipo de violencia son: Hacer que la persona mujer por lo general, tenga que dar todo tipo de explicaciones cada vez que necesita dinero, ya sea para uso de la familia o del suyo propio. Dar menos dinero del que se necesita a pesar de tener solvencia económica. Inventar que no hay dinero para gastos que la persona considere importantes. Dispones del dinero de la persona (sueldo, herencia, etc.). Que las propiedades derivadas del matrimonio estén a nombre de una sola persona. Privar de vestimenta, comida, transporte o refugio.

**Violencia sexual:** Por lo general a las personas les cuesta hablar sobre este tipo de violencia. Incluye sexo forzado o degradación sexual como: Intentar que la persona tenga relaciones sexuales o practique ciertos actos sexuales contra su voluntad, llevar a cabo actos sexuales cuando la persona no está consciente, o tiene miedo de negarse, lastimar físicamente a la persona durante el acto sexual o atacar sus genitales, incluyendo el uso de objetos penetrantes o armas, forzar a la persona a tener relaciones sexuales sin protección de un embarazo y/o de ITS y VIH/ SIDA, criticar e insultar a la persona con nombres sexualmente degradantes, acusar falsamente de actividades sexuales con otras personas, obligar a ver películas o revistas pornográficas, forzar a observar a la pareja mientras esta tiene relaciones sexuales con otra persona.

1. **Acoso sexual.-** Es una persecución realizada a una mujer o a un hombre por el acosador o acosadora. Es nocivo para la salud de la persona sometida al acoso porque afecta la salud mental, comodidad y productividad de esta en su centro de trabajo o medio social en el que se desenvuelve, ocasionando malestares físicos y psicológicos. Generalmente el acoso lo sufren las mujeres por parte de los jefes o pares hombres.

2. **Abuso sexual.-** Es un sexual intimidatorio que no cuenta con el consentimiento de la víctima que es sometida con amenazas, el uso de la fuerza o bajo el influjo de drogas u otros fármacos que disminuyen o anulan su capacidad de respuesta. Es una interacción entre un abusador y una víctima cuando esta se utiliza para estimulación sexual del primero o de otra persona. En el abuso y una víctima cuando esta se utiliza para estimulación sexual del primero o de otra persona. En el abuso el abusador/a esta en posición de poder o de control, sobre el abusado/a y esto le permite cometer el abuso. La violación en una forma de abuso sexual.

3. **Violación.-** Es un tipo de asalto sexual donde existe una víctima, falta de consentimiento o incapacidad para decidir (niño/ a o incapacitados/ as mentales), amenaza o uso real de fuerza y penetración. Se puede considerar a la violación como una penetración sexual ilegal de la víctima por el acusado/a, o del acusado/a por la víctima. También debe tener en cuenta que la penetración sexual es la introducción de cualquier parte del cuerpo de una persona u objeto, pues muchas veces se usan objetos punzo-cortantes en las aberturas genital o anal, sin requerir la emisión de semen.

4. **Incesto.-** Conducta sexual inadecuada en un contexto familiar en la que un miembro de la familia, generalmente uno de los padres, mantienen prácticas sexuales con un hijo o hija menor de edad. También se considera incesto en los casos de pariente tanto del padre como de la madre, diversos grados de relación y de parientes políticos, pero que conviven o acuden a la casa donde habita la víctima y por lo tanto esta casa se convierte en un medio inseguro para ella.

La ley peruana contra la violencia domestica aprobada en 1993 establece claramente el rol que le corresponde al sector salud. La violencia Contra la Mujer o Violencia Basada en Genero (VBG) es muy frecuente en nuestro medio y en las usuarias de los servicios de los servicios de salud reproductiva ha sido encontrada con una frecuencia mayor al 50% la que no discrimina si la mujer está o no gestando. La VBG puede ser: Psicológica, Física, Sexual y Económica. (2)

## **VIOLENCIA Y VIOLACION**

La violencia física contra las mujeres puede adoptar la forma de abuso físico o sexual. En algunas culturas, es un hecho aceptado y las normas sociales culpan a la mujer de la violencia que se perpetra contra ella. En ocasiones, estas actitudes también pueden mantenerse con el apoyo del personal sanitario, con lo que se consigue que la respuesta de las mujeres que busca ayuda sea inadecuada o inapropiada. En la mayoría de las demás culturas, en las que la violencia contra la mujer no se considera aceptable, todavía sigue siendo un problema sorprendentemente grande.

Una de cada 4 mujeres de todo el mundo sufrirán violencia doméstica en algún momento de su vida y, en muchos países, las estadísticas indican que más del 50% de las mujeres asesinadas mueren a manos de su pareja. En otros estudios, más del 95% de las mujeres violadas conocía a su asaltante. La violencia contra la mujer tiene consecuencias para ella tanto a corto como a largo plazo, como infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados que, a su vez, son causa de abortos en condiciones poco seguras. Las víctimas de una violencia tienen una probabilidad once veces mayor de sufrir una depresión clínica y también un riesgo superior de padecer problemas relacionados con alcohol y drogas, e incluso considerar el suicidio.

(11)

## **VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y EMBARAZO**

La violencia contra la mujer se define como cualquier acto de violencia basada en género que puede producir daños o sufrimientos físicos, sexuales o mentales en la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción, o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública y privada.

### **Factores relacionados con la violencia basada en género**

En estudios consultados los pretextos más frecuentes para que las mujeres fueran violentadas en sus hogares son:

- ✓ La negativa al cumplimiento de sus deberes sexuales conyugales, la infidelidad o sospecha de la misma, la lentitud en la realización de los

servicios domésticos, el reclamo a su pareja por los problemas económicos, el embarazo, el reclamo frente al consumo de drogas o licor.

- ✓ La violencia atraviesan todos los estratos sociales no obstante se a encontrado que a las mujeres más pobres reciben violencia de todo tipo que las de los estratos más pobres.

## **VIOLENCIA CONTRA LA MUJER GESTANTE**

La violencia no solo afecta la salud de la madre sino también al feto. Este tipo de violencia puede ser más común que las complicaciones propias del embarazo tales como: preclampsia, diabetes gestacional y el parto prematuro. El embarazo en las adolescentes sin cuidado prenatal y que sufren violencia, se considera de muy alto riesgo, debido a que tienen tres veces mayor riesgo de muerte fetal comparado con las que tienen apoyo social, estando más proclives a padecer un trastorno depresivo, intento suicida y consumo de drogas.(12)

## **VIOLENCIA FAMILIAR Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

El término violencia ha sido parte de las diferentes sociedades, familias e individuos desde el principio de la historia de la humanidad hasta nuestros días. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la violencia como "el uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte". La violencia es considerada como una de las principales



violaciones de los derechos humanos y hoy día se ha convertido en un problema de salud en varios países de la región de las Américas.

Cuando se habla de la familia, se la suele definir como un templo: un lugar donde los individuos buscan amor, amparo, seguridad y protección. Sin embargo, las experiencias han demostrado que para muchos la familia es un sitio donde la vida misma corre peligro y donde se engendran algunas de las formas de violencia más terribles contra las mujeres, las niñas y en especial en las adolescentes embarazadas.

La violencia hacia los adolescentes es un problema multi- causal, determinado por distintos factores que actúan en el individuo, en la familia, en la comunidad y en la cultura donde éste se desenvuelve, impidiendo o dificultando su desarrollo integral. Los factores de riesgo se clasifican en tres grandes grupos: factores individuales, familiares, socioculturales y ambientales. Los primeros incluyen algunas características individuales de los propios adolescentes como embarazo no deseado, niños prematuros, niños con impedimentos físicos o psíquicos.

Las consecuencias de la violencia se hacen visibles a mediano y largo plazo en el desarrollo psicosocial y físico de los adolescentes afectados. Con frecuencia una medida que adoptan los adolescentes víctimas de maltrato es la huida de casa: esto es lo más común. Se someten entonces a situaciones de riesgo y de peligro tan altas que es muy común encontrar a estos niños en grupos deambulando, en grupos delictivos, trabajando siendo explotados, con

problemas de desnutrición, analfabetismo, prostitución, drogas, embarazo adolescente.

El incremento del embarazo en adolescentes en los últimos años es debido a múltiples factores, entre los cuales se podrían mencionar: la constitución de la familia, las condiciones sociales y culturales y los medios de comunicación masiva. Si bien el incremento del embarazo adolescente está asociado a la iniciación sexual temprana de los adolescentes en algunas regiones del país, a la falta de una adecuada educación e información sexual adecuada, la violencia y abuso sexual contra las niñas y adolescentes juega un papel importante. El embarazo en la adolescencia implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, que puede incluso llevarlos hasta la muerte. A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo un impedimento para mejorar las condiciones educativas, económicas y sociales de la mujer (1).

### **1.3.2. LA POBREZA**

La pobreza es un concepto que involucra distintas dimensiones que deben ser consideradas en análisis y medición, una aproximación metodológica que se aplica, consiste en utilizar el gasto per cápita como indicador de bienestar. Se reconoce que el nivel de vida de las familias será mayor a medida que su gasto per cápita aumente. Se trata básicamente de un enfoque orientado al consumo de los hogares.

## **NIVELES DE POBREZA SOBRE LA BASE DEL GASTO DE CONSUMO DE LOS HOGARES**

Con este enfoque se considera como pobres a las personas cuyo hogar tiene un gasto de consumo mensual per cápita por debajo del costo de una canasta mínima que cubre todos los grupos de consumo de un hogar. Este valor es considerado como la línea de pobreza total. Se consideran pobres extremos, desde una perspectiva operacional, a las personas que viven en hogares cuyo gasto de consumo per cápita no alcanza al costo de una canasta mínima de alimentos que asegura una ingesta calórica mínima. Este valor es considerado como la línea de pobreza extrema. En cada región y área se hacen las comparaciones de manera independiente manteniendo su propia línea de pobreza. Los pobres del país se obtienen por suma de todos los catalogados como tales en sus respectivos ámbitos. (13)

La Comisión Consultiva para la Estimación de la Pobreza se ha concentrado en la revisión de los aspectos metodológicos más importantes asociados a la medición de la pobreza monetaria, la cual recomendó cambios en la metodología de cálculo que fueron resumidos en declaraciones del 28/marzo y 29 /mayo de 2012).

Para analizar los procedimientos utilizados por el INEI para el cálculo de los indicadores de pobreza del año 2012, la Comisión se reunió y luego de evaluar la información, expuso lo siguiente:

1. Es importante resaltar que los resultados presentados en el informe están relacionados únicamente a la pobreza monetaria que, al contrastar el valor de una canasta de productos (líneas de pobreza) con el gasto realizado (en términos per cápita), mide la posibilidad de adquirirla, pero no necesariamente su adquisición efectiva. La estimación del gasto considera los gastos monetarios y no monetarios (autoconsumo, auto-suministro, donaciones y transferencias en especie y en dinero sean de origen privado o público). Una exclusión importante tanto en el gasto como en la canasta de consumo para calcular las líneas de pobreza son los bienes y servicios públicos como, por ejemplo, educación y salud.

2. La estimación de la pobreza se realiza con la información proveniente de la Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAH). Esta encuesta se realiza todos los años y a lo largo del año en el territorio nacional a una muestra que en el 2012 ascendió a 26 456 hogares. Los resultados que se obtienen de dicha encuesta deben ser interpretados considerando los errores muestrales que acompañan la publicación de los indicadores de pobreza. Al respecto, queda pendiente aportar mejoras en el cálculo de los errores muestrales tomando en cuenta la totalidad de etapas de selección de la muestra de hogares.

3. Además de la incidencia de la pobreza monetaria, el INEI reporta las evoluciones de la brecha y severidad de la pobreza, indicadores que

permiten apreciar los cambios en la distribución más allá de la reducción o incremento de las tasas de pobreza.

4. La Comisión, luego de haber examinado diversos indicadores de calidad (no respuesta total y parcial, porcentaje de entrevistas directas e indirectas, valores extremos, entre otros) considera que la calidad de los datos de la encuesta ENAHO utilizada en la medición de la pobreza monetaria 2012 responde a un alto estándar de calidad. La comisión felicita al INEI por la seriedad, rigor y celeridad en el trabajo efectuado, que permite brindar información de pobreza en forma oportuna y fiable.  
(14)

**MEDICIÓN DE LA POBREZA.-** El gasto per cápita (nuevos soles) es el indicador de bienestar.

- ✓ **NO POBRES.-** El costo promedio mensual de la canasta familiar, siendo el consumo mínimo necesario > s/ 284.00 n/s (valor de la canasta básica de consumo por persona).
- ✓ **POBRES NO EXTREMOS.-** Es la brecha de la pobreza que se encuentra entre s/284.00 n/s y s/151.00 n/s (valor de la canasta básica de consumo o por persona).
- ✓ **POBRES EXTREMOS.-** El costo promedio mensual de la canasta alimentaria familiar es < s/151.00 n/s.

Promedio de miembros del hogar es:

- ✓ 1persona s/ 284.00
- ✓ 2persona s/568.00

- ✓ 3personas s/792.00
- ✓ 4personas s/1136
- ✓ 5personas s/1420 (15)

### **INEI mide la pobreza monetaria a través del gasto de las personas**

El INEI presenta los resultados de la pobreza monetaria en el Perú, medida a través del gasto de las personas, no de los ingresos. El INEI mide la pobreza monetaria comparando los gastos de los hogares con la línea de pobreza. Dicha línea es aquella que permite adquirir una Canasta Básica de Consumo suficiente para satisfacer requerimientos nutricionales (alimentos) y otras necesidades básicas de los hogares (educación, vestido, salud, transporte, entre otros).

### **INEI hace un seguimiento a otros indicadores de la pobreza**

El INEI reconoce que la pobreza es un fenómeno complejo y se expresa en múltiples carencias en las personas. Por ello, su medición también se aborda de diversas maneras. Así, se mide por las necesidades básicas insatisfechas, que expresan pobreza estructural; la desnutrición crónica o el déficit calórico, que son algunas otras dimensiones de la pobreza. La Comisión Consultiva para la Estimación de la Pobreza acredita que la metodología empleada en la medición de la pobreza del año 2012 es idéntica a la empleada para los años 2004-2011 que fue presentada el año pasado. Por ello la pobreza observada en el 2012 corresponde a cambios en las condiciones de vida de los hogares de acuerdo con la aproximación de los gastos de los hogares.

**Instituto nacional de estadística e informática (INEI) Encuesta Nacional-Perú (16).**

1. Incidencia de la pobreza monetaria, 2007- 2012.- En el 2007 el 42.4 % de la población era pobre; 2008 el 37.3 %; en el 2009 es el 33.5% ; en el 2010 es el 30.8%; en el 2011 el 27.8 % y en el 2012 el 25.8% de toda la población era pobre.

2. 7.8 millones de personas están en situación de pobreza en el 2012, más de medio millón de personas dejaron de ser pobres (509 mil)

3. Incidencia de la pobreza monetaria según área geográfica; 2011- 2012.- En el área nacional durante el año 2011 la pobreza es del 27.8%, en el 2012 es de 25.8%; en el área urbana en el 2011 la pobreza es de 18%, en el 2012 es el 16.6%; en el área rural en el 2011 la pobreza es de 56%, en el 2012 es de 53%.

4. La mayor reducción de pobreza se observa en el área rural. El crecimiento sostenido de la economía peruana ha llegado a las regiones donde se concentra la pobreza, que es donde los programas sociales.

5. Incidencia de la pobreza monetaria extrema. Por Área de residencia 2007-2012

- En el Área de residencia urbana durante los siguientes años fueron: 2007- 2.9%; 2008- 2.7%; 2009- 2.0%; 2010- 1.9%; 2011-1.4%; 2012-1.4%.
- En el área de residencia rural durante los siguientes años fueron: 2007- 32.7%; 2008-32.4%; 2009- 29.8%; 2010- 23.8%; 2011- 20.5 %; 2012- 19.7. %

6. La pobreza extrema sigue siendo un problema de hogares rurales.

7. Jefatura de hogar según condición de pobreza monetaria y sexo 2012.

- En pobres el 22.4% son hombres y el 18.3% son mujeres.

- Pobre extremo el 5.2% son hombres y el 3.3% son mujeres.
- No pobres el 77.6% son hombres y el 81.7% son mujeres.(17)

### 1.3.3. LA ADOLESCENCIA

En nuestra vida, ser adolescente constituye una etapa privilegiada en una persona, ya que es la transición de la infancia a la vida adulta. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transitan los patrones biológicos y psicológicos de la niñez a la adultez, estableciendo las posibilidades de independencia socioeconómica (18).

Entre los 10 y los 19 años, los jóvenes experimentan cambios rápidos en la estructura corporal y el funcionamiento fisiológico, psicológico y social. Las hormonas establecen esta agenda del desarrollo, junto con las estructuras sociales diseñadas para favorecer la transición desde la infancia hasta la vida adulta. La adolescencia progresa a través de tres periodos distintos- precoz, medio y tardío- cada uno de ellos marcado por un conjunto de características biológicas, psicológicas y sociales sobresalientes.

1. **Adolescencia temprana.-** 10- 13 años, características sexuales secundarios, comienzo del crecimiento rápido, preocupado por cambios corporales, timidez sobre la apariencia y el atractivo, aumento de la necesidad de la privacidad, intento de búsqueda de la independencia, búsqueda de la afinidad con compañeros del mismo sexo para compensar la inestabilidad, aumento del interés en la anatomía sexual, ansiedad y preguntas sobre los cambios, el tamaño, cortejo e intimidad limitados.



2. **Adolescencia media.**- 14- 16 años, cambios en la forma y la composición corporal, menarquía y espermarquia, puede percibir las implicaciones futuras, pero puede o no aplicarlas a la toma de decisiones, preocupación sobre el atractivo, aumento de la introspección, conflicto sobre el control y la independencia, lucha por la aceptación de la mayor autonomía, participación intensa en el grupo de compañeros, pruebas de la capacidad para atraer a una pareja, inicio de las relaciones y actividad sexual, preguntas sobre la orientación sexual.
3. **Adolescencia tardía.**- 17-19 años, fisiológicamente maduro, orientación al futuro con sentido de la perspectiva, capaz de pensar las cosas detenidamente de forma independiente, imagen corporal más estable, se completa la emancipación, identidad más firme, separación emocional y física de la familia, el grupo de compañeros y sus valores disminuyen su importancia, intimidad/posible compromiso cobra importancia, consolidación de la identidad sexual, centrado en la intimidad y en la formación de relaciones estables, planificación del futuro y compromiso. (19)

## **PUBERTAD NORMAL EN LA MUJER**

La maduración biológica del ser humano, en condiciones normales varía mucho. Hay los llamados “maduradores rápidos” y los “los maduradores lentos”; por eso a una determinada edad cronológica se encuentra diferencias de desarrollo. Esta variable velocidad de maduración nos permite hablar de una edad biológica, que se manifiesta por diferencias en los aspectos correspondientes a cada edad y que se hacen las evidentes en la pubertad, el

inicio de la cual ocurre con un amplio margen de variación normal, que llega a los 5 años.

Se denomina adolescencia a la etapa de la vida en la que se dan rápidas y trascendentes modificaciones biológicas, mentales y psicosociales; es decir es un proceso biopsicosocial. Mientras que se llama pubertad a la parte inicial de la adolescencia referida a lo biológico.

En la pubertad femenina se producen una serie de importantes cambios biológicos, únicos en la vida y que incluyen:

1. Cambios neuro endocrinos.
2. Desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y la adquisición de la capacidad reproductiva.
3. Aceleración del crecimiento pondoestatural y otros cambios corporales que dan la silueta femenina.
4. Cambios fisiológicos y metabólicos, con la transición de los valores de niña a los de la adulta y las diferencias con el varón.

En un estudio de corte transversal de 847 muchachas de 7 a 19 años, sanas, bien nutridas, de condición socioeconómica media-alta y alta, naturales y residentes de Arequipa la mayoría presenta su menarquía a los 12.3 años, con límites extremos que van de 10.3 años a 15.0 años. Esto demuestra que la primera menstruación se da alrededor de dos años después del inicio del desarrollo mamario. La menarquía guarda estrecha relación con el crecimiento corporal y con algunos cambios metabólicos. (20)

Por tal razón en el presente estudio de investigación, tomando como referencia el inicio de la menarquía en nuestro país y de nuestra región lo cual señala la posibilidad latente de un embarazo precoz, se trabajará con adolescentes a partir de los 12 años de edad hasta los 19 años, promedio de edad en el cual se da por finalizada la adolescencia y todos los cambios físicos y psicológicos que este demanda.

#### **1.3.4. ADOLESCENCIA Y EMBARAZO**

La proporción de recién nacidos hijos de madres menores de 19 años ha continuado aumentando en la mayoría de los países de la región de las Américas. Las consecuencias son negativas tanto para los adolescentes que asumen precozmente la maternidad – paternidad, como para toda la sociedad es un problema de salud pública importante. Las tasas de fecundidad en los menores de 19 años en los últimos 10 años, se mantiene estable o tienen un pequeño incremento. Se ha avanzado en el conocimiento de las variables que condicionan las conductas relacionadas con la fecundidad en adolescentes, pero aún hay muchos aspectos desconocidos.

La maternidad precoz asumida antes de los 19 años, tiene consecuencias sociales negativas asociadas al futuro desarrollo de los jóvenes padres. Se puede afirmar que las causas del embarazo en adolescentes son de origen psicosocial y que las consecuencias negativas pueden ser prevenidas en el área biológica, hay implícita una responsabilidad de toda la sociedad y por cierto que la prevención del embarazo en los adolescentes y el retraso de maternidad a las edades que estas puedan ser asumidas.

El tema se ha ampliado en estos últimos años y aun será de mayor importancia en el próximo milenio. El concepto es la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, que tiene una serie de componentes que deben ser abarcados en forma multidisciplinaria por el especialista en obstetricia y ginecología infantil y de la adolescencia, área prácticamente desconocida en la mayoría de los centros universitarios en los países en vías de desarrollo.

### **Sexualidad adolescente**

La fecundidad adolescente es el reflejo de la iniciación de la actividad sexual en los adolescentes por ignorancia en sexualidad y reproducción tanto de padres, profesores y adolescentes no protege del inicio precoz de las relaciones coitales o de protección del embarazo no deseado. La extrema pobreza y ser el hijo o hija de una madre adolescente son factores de riesgo asociados a repetir el modelo de embarazo precoz.

### **Impacto social del embarazo en la adolescente**

La aceptación social del embarazo en las adolescentes solteras se caracteriza por el rechazo total o parcial tanto de la comunidad como de la familia. El fenómeno alcanza rasgos de discriminación en algunos sectores, como ocurre con la imposibilidad de continuar los estudios regulares. La madre adolescente se decide a quedarse en casa al cuidado del niño al no contar con alternativas educativas diferentes. Estudios han revelado que las adolescentes fuera del sistema escolar repiten los embarazos y tienen mayores tasas de abortos voluntarios que las niñas que continúan en el

sistema escolar. El futuro de una mujer que inicia precozmente su fecundidad es más incierto que aquella que posterga su maternidad. (21)

## **EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

### **I. Conceptos y Definiciones**

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud OMS como el lapso de vida transcurrido entre los 12 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.

La OMS considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo. Algunos indicadores que describen el problema: En todo el mundo, uno de cada diez alumbramientos corresponde a una madre adolescente y las tasas de fecundidad oscilan entre 05 y 200 nacimientos vivos por cada 1000 adolescentes, siendo las más altas las de África y América Latina. (22)

## **EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE**

Las relaciones sexuales de los adolescentes conducen a la maternidad precoz, al aborto provocado y a sus graves secuelas, a la muerte y al riesgo de contraer las enfermedades de transición sexual, inclusive el SIDA. El embarazo en las

adolescentes, generalmente no deseado, es un grave y complejo problema en la sociedad mundial. Es una trágica pesadilla que compromete a la niña, al recién nacido, a la familia y a la sociedad.

Lamentablemente los embarazos en adolescentes se producen en jóvenes que no desean el embarazo ni están preparadas para ello. Su prevalencia es mayor en niñas y adolescentes con bajos niveles de educación y cultura, bajo nivel socio económico y residencia en medio rural, de acuerdo a estadísticas. Una o varias de los siguientes factores etiológicos pueden encontrarse entre las causas:

- ✓ Violación.
- ✓ Relaciones sexuales prematuras.
- ✓ Mala influencia de amistades y círculo social.
- ✓ Sexualidad irresponsable y machismo.
- ✓ Estado socio económico bajo.
- ✓ Conflictos y desavenencias familiares.
- ✓ Baja de la autoestima.
- ✓ Adolescentes pobres con bajo nivel de escolaridad o sin posibilidades de acceder a la educación.
- ✓ Falta o desprecio a los valores morales.
- ✓ Trastornos de comportamiento, promiscuidad, alcoholismo, drogadicción.

Como consecuencia, la vida de la adolescente y de la madre soltera conlleva a graves repercusiones complicándose con severas consecuencias sociales, de salud, porvenir y económicas inclusive.

- a) El embarazo en las adolescentes trastorna trágicamente la vida de las jóvenes, la de su familia y también el futuro de ellos.
- b) Producen un doloroso costo social.
- c) Abandono de la escolaridad con menores probabilidades de educación, superación y progreso.
- d) Estigmatización por la familia y la comunidad.
- e) Menores posibilidades de empleo.
- f) Con frecuencia escasas posibilidades de atención al niño y falta de preparación para cuidarlo que generalmente son transferidas a la madre.
- g) Cuando se juntan la pobreza y la miseria lamentablemente pueden ser orientadas hacia la prostitución. (23)

## **EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

Se parte de que el embarazo en la adolescencia no es un asunto que involucra exclusivamente a la adolescente embarazada y su bebé, sino a su pareja (si existe), a su familia y a su entorno. Desde esta perspectiva se visualiza a una mujer adolescente que enfrenta transformaciones en su cuerpo, en sus sentimientos y en sus diferentes proyectos; a su vez, este evento transforma la dinámica familiar o de pareja, lo que requiere de un proceso de ajuste a la nueva situación.

Todo lo anterior ocurre en condiciones particulares y dentro de un contexto social determinado que le da sentido positivo o negativo a la situación. En muchas zonas rurales, el emparejamiento y maternidad tempranos es lo que se espera, mientras que en la zona urbana no necesariamente es así. Por ello, la comprensión del contexto en el cual ocurre el embarazo adolescente es esencial. No es lo mismo un embarazo producto de una violación o incesto, que un embarazo planeado, deseado

y acompañado. Estas diferenciaciones deben traducirse en intervenciones acordes con las necesidades específicas de cada adolescente embarazada.

### **Red social:**

Las nuevas responsabilidades que implican el cuidado del embarazo y el asumir la maternidad, requieren de apoyo. Por ello se hace fundamental promover que las mismas sean compartidas con las demás personas que rodean a la mujer adolescente, con especial énfasis en las personas más cercanas, sean estas su pareja o su familia.

Una red social es el conjunto de vínculos con otras personas que dan soporte afectivo, social y económico a la adolescente embarazada. La existencia de una red social significativa para la adolescente embarazada o madre, permite amortiguar las exigencias que el nuevo estado de gestación y posterior maternidad le plantea a la joven. Esto en la medida en que se constituye en un acompañamiento que la apoya y sostiene frente a las exigencias que el rol materno demanda. Esta red social estará conformada por la pareja, amigos, familiares, vecinos, profesores, personal de salud, grupos comunales y otros.

### **Atención integral del embarazo, la maternidad y la paternidad en la adolescencia**

La atención integral del embarazo en la adolescencia comprende el abordaje de la situación a nivel individual, familiar y comunitario en los diferentes momentos: gestación, parto, y después del parto y desde las diferentes dimensiones involucradas en la situación del embarazo: psicológica, social, física y legal. Debido



a esto está involucrado no solo el aspecto salud, sino el aspecto educativo, laboral y de formación para la vida.

Para que podamos hablar de una atención integral del embarazo, la maternidad y la paternidad adolescente, deben estar presentes las siguientes características en la atención:

#### **A) Intersectorialidad:**

La atención integral a las adolescentes embarazadas y madres debe basarse en la sinergia de los esfuerzos de diferentes instancias sociales. Las adolescentes embarazadas y madres, junto con su pareja y familia, tendrán necesidades específicas de salud, educación, vivienda y trabajo que requerirán trascender la mera sumatoria de esfuerzos institucionales para establecer un trabajo conjunto que permita abordar una situación tan compleja. El Sector salud deberá jugar un papel de liderazgo y articulación de las diferentes iniciativas en los niveles locales.

#### **B) Enfoque de riesgo**

Es necesario contextualizar y reconocer la diversidad de circunstancias en que se produce la maternidad temprana. Dichas circunstancias son:

1. **Edad:** Las niñas y adolescentes que estarán en situaciones de más desventaja son aquellas menores de 15 años, por las condiciones de riesgo biológico y social que implica un embarazo tan temprano y las exigencias emocionales en un momento de maduración como la infancia y la pre adolescencia. Además por las situaciones de abuso, que son frecuentes en los embarazos en esta edad.
2. **Situación económica:** Aquellas niñas y adolescentes en condiciones de pobreza, deben ser contempladas en forma diferenciada, ya que además de

las demandas particulares de su estado, la adolescente deberá enfrentar una inadecuada alimentación, condiciones de vivienda inapropiadas, presiones familiares por la “carga” que implica un nuevo miembro que viene a desestabilizar la escasa economía familiar y la dificultad para el acceso a los servicios de salud por su condición de no asegurada.

**3. Situaciones de abandono o violencia:** La adolescente que se ve abandonada por su pareja a raíz del embarazo o aquellas cuyo embarazo es producto de abuso o violación, también enfrentan riesgo de vivir el embarazo como una experiencia dolorosa y traumática. Las adolescentes que no cuentan con apoyo familiar, enfrentan el rechazo y, en ocasiones, el abandono que las pone en altísimo riesgo tanto a ellas como a su bebé. A su vez, la falta de apoyo comunitario por estigmatización y prejuicios sociales y otras condiciones ligadas al género, producen en la adolescente inseguridad y auto rechazo que la pueden llevar al aislamiento.

**4. Discapacidades:** Una adolescente embarazada o madre que presenta algún tipo de enfermedad o discapacidad crónica estará más expuesta a riesgos en su desarrollo integral y, además, tendrá necesidades que exceden los recursos y capacidades, tanto propias como de su familia.

**5. Condiciones de vida o riesgos ambientales:** Algunas condiciones de vida como el hacinamiento, las precarias condiciones de instalaciones sanitarias y alcantarillados, al igual que algunas condiciones laborales y de posibilidades reales de estudio y capacitación, como la exposición a agroquímicos y otras sustancias tóxicas durante el embarazo, pueden volver vulnerable la salud de la madre adolescente.

### **E) Enfoque de género:**

Se parte del reconocimiento que existen diferencias socio-históricas entre los sexos que responden a valores social y culturalmente aprendidos y atribuidos a lo masculino y a lo femenino, al ser hombre y al ser mujer. Reconoce además que éstas diferencias, se han convertido y constituido en desigualdades y en obstáculos para que los hombres y las mujeres adolescentes puedan relacionarse en forma abierta e igualitaria; ya que ha ubicado mayor valor a lo masculino sobre lo que es considerado como femenino, con detrimento, denigrando y violentando lo femenino. El enfoque de género busca promover la ruptura de aquellos patrones socio-culturales y subjetivos que sostienen dichas inequidades y generar espacios que faciliten la construcción de identidades femeninas y masculinas cuyo sentido esencial sea la autorrealización y la construcción de equidad de género. Por equidad de género estamos comprendiendo un proceso donde se apunte a relaciones más armoniosas, amorosas, respetuosas y equitativas, y se parta de las potencialidades propias de la adolescencia.

### **F) Enfoque inter generacional:**

Los logros sociales y la satisfactoria interacción entre adultos(as) y jóvenes requieren como condición del diálogo intergeneracional y el reconocimiento mutuo; ya no se trata de una generación adulta preparada versus una joven carente de derechos y conocimiento que hay que preparar. Se trata en la actualidad de dos generaciones preparándose permanentemente y por tanto, respetándose, compartiendo y complementándose en sus saberes, sus experiencias y en sus roles. (24).

### 1.3.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Pobreza:** Necesidad, estrechez, falta o carencia de lo necesario para vivir, la cual ha sido definida por el grado o nivel de pobreza.
- **Violencia:** Acción de utilizar la fuerza y la intimidación ejercida por el agresor sobre el agredido para obtener algo, para el estudio se relaciona con la gestante adolescente.(25)
- **Edad:** Tiempo de existencia desde el nacimiento, en el estudio se ha considerado a grupo de gestantes adolescentes.
- **Adolescencia:** Relativo o característico de la adolescencia (periodo del desarrollo entre el comienzo de la pubertad y de edad adulta; suele empezar entre los 12 y 13 años de edad, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina a los 19 años, donde pasa a la etapa Joven con la forma desarrollada. (26).
- **Embarazo:** gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno; abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por los periodos embrionarios y fetal. Dura unos 266 días a partir de la fecundación, pero en clínica se toma como fecha de partida el día de comienzo de la última menstruación y se considera que se prolonga durante 280 días. (27)
- **Hijo:** Persona o animal respecto de su padre o de su madre que para el estudio está representado por recién nacidos de madres adolescentes.
- **Violación:** Acción y efecto de violar (Infringir o quebrantar una ley, un tratado, un precepto, una promesa, etc. Tener acceso carnal con alguien en contra de su voluntad o cuando se halla privado de sentido o discernimiento).(28)

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN**

En las últimas décadas se ha ido demostrando un creciente incremento de la violencia familiar en los diferentes estratos sociales, colocando a la violencia como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y nacional, es importante remarcar que este problema afecta principalmente a los niños y adolescentes pobres y extremadamente pobres.(27)

La ENDES 2009, indica que las cifras en Lima han incrementado donde observamos que diez de cada mil adolescentes - provenientes principalmente de las zonas periféricas de la capital- quedan embarazadas entre los doce y catorce años. Existen diversos elementos que se manejan al respecto; por ejemplo, que el embarazo adolescente tiende a repetirse entre las generaciones; a conducir a uniones inestables; a una jefatura de hogar femenina; a condiciones precarias para el desarrollo de los hijos, etc., lo cual, se traduce en un mecanismo de transmisión de la pobreza. (30)

La violencia actualmente constituye un problema social de primera magnitud en muchos países, por los efectos que produce en las personas contra las que se dirige. Dentro de este contexto debemos destacar que es la población más joven la que aporta gran parte de los datos estadísticas sobre hechos de pobreza y violencia. Comúnmente son los hombres los que generalmente adoptan el rol de agresores, y mujeres, adolescentes, niñas, niños y personas mayores, los de víctimas. Por lo cual debemos decir que la violencia en la sociedad actual va en aumento en todas sus formas y que la violencia basada en género es muy frecuente entre las usuarias de los servicios de salud reproductiva. Resulta entonces necesario detectar los casos

en los servicios de salud reproductiva mediante el uso de un instrumento que sea fácil de usar y como consecuencia de ello hacer el manejo integral, así como comprometer ayuda psicológica y social para las víctimas. (3)

Por tal razón dividiendo sus consecuencias de carácter físico y psíquico; se han realizado estudios con el fin de determinar las causas que originan la violencia familiar, sobre todo en las mujeres como ente principal de la familia y en especial en aquellos en el inicio de la vida como son los adolescentes. Para resaltar el problema se calcula que seis de cada diez mujeres son víctimas de violencia física en sus relaciones de pareja.

La violencia familiar es un problema que generalmente es ocultado por la víctima. Del total de las personas que ha sido maltratadas o golpeadas, menos de la mitad de ellas pide ayuda a una persona cercana y tan solo una de cada cinco acude a una institución en búsqueda de ayuda.(11)

Los estudios clínicos, las investigaciones realizadas, los informes periodísticos y los boletines informativos nos describen dolorosos actos de violencia entre esposos y la violencia a la gestante ya sea adulta o adolescente, además de adultos hacia niños. Todos estos hechos han acrecentado la conciencia pública y ha obligado a reconocer que la violencia intrafamiliar o fuera de ella es una variable que se está haciendo común en nuestra sociedad y que atraviesa todos los estratos socioeconómicos y culturales. (13)

Lo antes expuesto nos hace reflexionar para vencer esta problemática de violencia legada por el pasado ya que en los años anteriores en el departamento de San Martín el narcotráfico dirigido por Sendero Luminoso sembró el terror y violencia en toda la población y como consecuencia se ve fomentada. En la actualidad podemos apreciar actos de violencia en la gente más joven y generalmente hombres que someten a la mujer a actos como violación, prostitución y todo tipo de violencia, hasta el forzar a la pareja al aborto criminal, y la agresión psicológica en embarazos no deseados.(31)

Partimos del supuesto que la violencia familiar no brota espontáneamente en la esfera de la vida familiar, sino que está relacionada con aspectos económicos y sociales, que puedan ayudar a entenderla. Así, existen características observables que influyen en la ocurrencia de violencia dentro del hogar y algunos de los efectos que esta genera. Dentro de ellas destaca que las mujeres con empleo muestran mayor probabilidad de ser agredidas, más aun cuando el varón está desempleado, al igual que cuando la mujer gana más dinero que su pareja, el principal resultado encontrado es que si existe una diferencia en los ingresos laborales de las mujeres son atribuibles a la violencia con la cual el varón se siente impotente al no poder ser el que mantenga el hogar. Igualmente cuando el hombre es forzado al matrimonio y no tiene una estabilidad económica.

Nuestra sociedad tiene muy poco conocimiento de lo que significa la pobreza y su influencia en la violencia contra la embarazada adolescente y como se ha demostrado afecta su vida y la del futuro ser, es por ello que el presente estudio pretende demostrar que la pobreza influye sobre la violencia en las gestantes

adolescentes por lo que se considera que los resultados de esta investigación brindaran evidencia sobre esta relación y que sirva en futuro como antecedente para la implementación de estrategias que disminuyan esta realidad.

### **1.5 PROBLEMA**

¿Cuál es la asociación que existe entre la pobreza y la violencia familiar en gestantes adolescentes del Centro de Salud 9 de Abril – Tarapoto, periodo Enero - Junio 2013?

## **II.- OBJETIVOS**

### **2.1.- OBJETIVO GENERAL**

Determinar la asociación que existe entre la pobreza y la violencia familiar en gestantes adolescentes, del centro de salud 9 de Abril Tarapoto periodo Enero - Junio 2013.

### **2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Determinar el ingreso económico familiar y personal promedio de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud atendidas en el C.S. 9 abril Tarapoto.
- ✓ Identificar el tipo de pobreza en gestantes adolescentes del centro de salud 9 de Abril Tarapoto.
- ✓ Identificar el tipo de violencia familiar en gestantes adolescentes del centro de salud 9 de Abril Tarapoto.



- ✓ Determinar si la pobreza es estadísticamente significativa con la presencia de violencia familiar en gestantes adolescentes en el centro de salud atendidas en el C.S. 9 abril Tarapoto.

### **III.- FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

#### **3.1.- HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN**

Existe asociación estadísticamente significativa entre la pobreza y la violencia familiar en gestantes adolescentes del Centro de Salud 9 de Abril- Tarapoto en el periodo Enero - Junio 2013.

#### **3.2.- SISTEMA DE VARIABLES**

##### **3.2.1.- IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES**

- **Variable Independiente:**
  - Pobreza
- **Variable dependiente:**
  - Violencia Familiar en gestantes adolescentes

### 3.2.2.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>Pobreza</b>	Necesidad, falta o carencia de lo necesario para vivir, es decir personas cuyo hogar tiene un gasto de consumo mensual per cápita por debajo del costo de una canasta mínima que cubre todos los grupos de consumo de un hogar y se clasifican en pobres no extremos y pobres extremos	Consideramos el bajo ingreso económico en el hogar	<b>Pobres No Extremos</b>	<b>Canasta familiar</b>	s/284 n/s a s/151 n/s por mes por persona	ordinal
			<b>Pobres Extremos</b>		s/151 n/s a menos por mes por persona	ordinal

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>Violencia Familiar en gestantes adolescentes</b>	Acción ejercida por una o varias personas en donde somete de manera intencional al maltrato, presión sufrimiento, manipulación u otra acción que atente contra la integridad físico, psicológica y moral de cualquier persona o grupo de personas	Consideramos a los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar u otro hacia las gestantes adolescentes ámbito de estudio	<b>Violencia Física</b>	1. Golpeado con la mano. 2. Golpeado con los pies. 3. Golpeado o lanzado con objetos. 4. Amenaza con arma punzo cortante. 5. Quemaduras o marcas en el cuerpo.	1. NO 2. SI	No= 0 Si= 1
			<b>Violencia Psicológica</b>	1. Humillar y/o insultado, puesto apodos, ridiculizar, criticar con frecuencia. 2. Aislar a la persona. 3. Tomar decisiones sin consultar. 4. Cambios bruscos de humor o comportamiento distinto de la pareja en público. 5. Presión con el silencio, indiferencia; intimida con miradas, gestos.	1. NO 2. SI	No= 0 Si= 1
			<b>Violencia sexual</b>	1. Tener relaciones sexuales contra su voluntad. 2. Celos de la pareja. 3. Revisiones forzadas de genitales para asegurar fidelidad. 4. Propuesto relaciones sexuales contra natura. 5. Obliga a mirar pornografía.	1. NO 2. SI	No= 0 Si= 1
			<b>violencia económica</b>	1. Destruído o quitado objetos materiales. 5. La pareja encara o reclama los gastos realizados.	1. NO 2. SI	No= 0 Si= 1
				2. La pareja dice cuanto es su ingreso económico. 3. La pareja se responsabiliza de pagar los gastos de todo el hogar. 4. La pareja permite tomar decisiones que implican dinero.	1. No 2. Si	No=1 Si=0

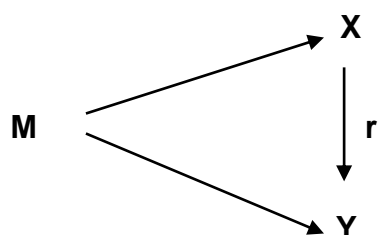
#### IV.- MATERIALES Y METODOS.

##### 4.1.- TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es cuantitativo, descriptivo, prospectivo de corte transversal.

## 4.2.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de diseño de investigación es Correlacional



Leyenda:

M: Muestra gestantes adolescentes atendidas en el C.S 9 de Abril- Tarapoto

X: Pobreza (variable independiente)

Y: Violencia Familiar en gestantes adolescentes (variable dependiente)

r : La posible relación entre las variables.

## 4.3.- UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

- **POBLACIÓN:** Estará conformada por todas las gestantes atendidas en el C. S. 9 de Abril- Tarapoto en el periodo Enero- Junio 2013
- **MUESTRA:** la conforman todas las gestantes adolescentes pobres atendidas en el Centro de Salud 9 de Abril – Tarapoto, las cuales fueron seleccionadas de la aplicación del cuestionario nivel pobreza.
- **UNIDAD DE ANÁLISIS:** Una gestante adolescente pobre atendida en el C.S 9 de Abril- Tarapoto.

#### **4.3.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Gestantes adolescente de 12-19 años de edad atendidas en el C. S. 9 de Abril- Tarapoto en el periodo Enero- Junio 2013
- Gestantes adolescente de 12-19 años de edad que deseen participar en la encuesta.

#### **4.3.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Todas las gestantes que no se encuentren entre las siguientes edades: 12-19 años atendidas en el C.S. 9 de Abril- Tarapoto.
- Las gestantes adolescentes no pobres
- Todas las gestantes que no deseen participar en la encuesta.

#### **4.4.- PROCEDIMIENTO**

- Se elaboró el proyecto de investigación y los instrumentos a aplicar.
- Se remitió un documento a la DIRES solicitando que se nos brinde las facilidades para la revisión de las historias clínicas en dicho nosocomio.
- Se solicitó a la directora del C. S. 9 de Abril- Tarapoto permiso para realizar encuestas dirigidas a Gestantes adolescentes entre 12-19 años de edad.
- Se solicitó datos estadísticos al CEM (centro emergencia mujer) sobre violencia familiar en adolescentes a nivel regional.
- Se coordinó con el área de estadística del C.S. 9 abril para la revisión de las historias clínicas.
- Se coordinó con nuestra asesora sobre el trabajo de investigación.

- Se aplicaron los instrumentos de investigación, con los datos recolectado se elaboró la base de datos y se procedió al análisis de datos.

#### **4.5.- MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

El instrumento de recolección de datos se realiza con encuesta que consta de dos partes:

- I. Datos generales
- II. Cuestionario
  - B. Violencia física
  - C. Violencia psicológica
  - D. Violencia sexual
  - E. Violencia emocional

Teniendo como resultado hasta ahora:

- Preguntas Cerradas- Dicotómicas 20, con 17 respuestas negativas y 3 respuestas afirmativas según el sentido de la pregunta.
- Preguntas cerradas con respuestas múltiples 6
- Preguntas abiertas 3

#### **4.6.- PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS DE DATOS**

Concluido el trabajo de campo y la recolección de datos, según formato del estudio, se organizará en una base de datos automatizada tanto con el software Microsoft Excel 2012 y SPSS. V.19, que nos permitirá su posterior procesamiento y análisis.

El mismo análisis se hará para cada cuadro estadístico destacando los promedios más significativos que serán orientados a dar respuestas a la problemática planteada.

Las discusiones y conclusiones se realizarán de acuerdo a los resultados obtenidos y haciendo una comparación con las investigaciones anteriores.

Se utilizará la estadística descriptiva, basados en tablas y cuadros estadísticos con frecuencias y porcentajes, además complementados con sus gráficos. También se utilizará la estadística inferencial CHI cuadrado ( $\chi^2$ ), con un nivel de significación ( $p < 0,05$ ) para determinar la asociación que existe entre la pobreza y la violencia familiar.

## V.- RESULTADOS

### CUADRO Nº 01:

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL ESTADO SOCIO DEMOGRÁFICO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS DEL CENTRO DE SALUD 9 DE ABRIL- TARAPOTO. ENERO - JUNIO 2013.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		FRECUENCIA (n =50)	PORCENTAJE (100%)
EDAD	12-15 años	4	8.0
	16- 18 años	39	78.0
	19 años	7	14.0
ESTADO CIVIL	Soltera	9	18.0
	Casada	1	2.0
	Conviviente	40	80.0
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Iletrada	0	0.0
	Primaria	1	2
	Secundaria	46	92
	Superior	3	6

**Fuente: la propia investigación**

Observamos en relación al estado socio - demográfico de la población del estudio que se caracteriza por ubicarse en el grupo etario 16-18 años de edad alcanzando un 78.0 %(39), el 80.0% (40) son de estado civil conviviente y el 92.0 % (46) alcanzaron el grado de instrucción secundaria. Estas condiciones se relacionan por ser una población adolescente que aún no estabiliza su estado emocional y determinan las condiciones de vida.



## CUADRO N° 02

**FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL NÚMERO DE HIJOS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD 9 DE ABRIL – TARAPOTO. ENERO JUNIO 2013.**

<b>Número de hijos de las gestantes adolescentes</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>0 hijo</b>	47	94
<b>01 hijo</b>	03	06
<b>Total</b>	50	100

**Fuente: la propia investigación**

Se evidencia que la mayoría de la población estudio no tiene hijos en un 94% (47) y solo el 6% (3) tienen un hijo, esto corresponde a los datos obtenido en la tabla anterior ya que el grupo etario representativo del estudio se encuentra en la edad de 16 – 18 años.

**CUADRO Nº 03:**

**DIMENSION FAMILIAR DE LAS GESTANTES ADOLESCENTE ATENDIDAS EN  
EL CENTRO DE SALUD 9 DE ABRIL- TARAPOTO. ENERO – JUNIO 2013.**

<b>N° de miembros de la familia</b>	<b>f<sub>i</sub></b>	<b>%</b>
<b>2 – 4</b>	21	42.0
<b>5 – 7</b>	26	52.0
<b>8-13</b>	3	6.0
<b>Total</b>	<b>50</b>	100.0%

**Fuente: la propia investigación**

Se observa que el 52.0% (26) de las gestantes adolescentes encuestadas tienen entre 5-7 miembros en su familia, el 42% (21) tienen de 2-4, el 6%(3) tienen entre 8-13 miembros en su familia. Los resultados demuestran que en su mayoría en las familias de las adolescentes encuestadas hay hacinamiento en un 58% (29).

**CUADRO Nº 04:**

**FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL INGRESO ECONÓMICO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD 9 DE ABRIL- TARAPOTO. ENERO JUNIO 2013.**

<b>Ingreso económico mensual S/.</b>	<b>f<sub>i</sub></b>	<b>%</b>
200 – 350	16	32.0
400 – 600	28	56.0
650 – 1000	6	12.0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.00</b>

**Fuente: la propia investigación**

Observamos que la mayoría de gestante adolescentes 56.0 %(28) tienen un ingreso económico mensual entre 400- 600 nuevos soles; el 32.0 % (16) están entre los intervalos de 200- 350 nuevos soles mensuales; y el 12.0 % (6) están entre los intervalos de 650 - 1000.00 nuevos soles mensuales. En su mayoría la población encuesta pertenece a familias con bajos ingreso económico mensual representado por el 88% (44).

**CUADRO Nº 05:**

**FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA MEDICIÓN DE LA CANASTA MONETARIA DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDA EN EL CENTRO DE SALUD 9 DE ABRIL- TARAPOTO. ENERO JUNIO 2013.**

<b>Canasta monetaria de las gestantes adolescentes S/.</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
151 – 284	21	42.0
De 150- a menos	29	58.0
Total	50	100.0

**Fuente: la propia investigación**

Evidenciamos que el 42.0% (21) de la población estudio tiene una canasta monetaria por mes por persona que oscila entre S/. 151.00 y S/. 284.00; el 58% (29) su canasta monetaria por mes por persona es de S/. 150 a menos. Entendiéndose que la población estudio es población adolescente que depende económicamente de sus padres y otros trabajan para aportar en el hogar, información que concuerda con los datos obtenidos anteriormente ubicándoles en un nivel socio económico muy pobre.

**CUADRO Nº 06:**

**FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL TIPO DE POBREZA SEGÚN CANASTA MONETARIA DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD 9 DE ABRIL- TARAPOTO. ENERO JUNIO 2013.**

<b>TIPO DE POBREZA</b>	<b>f<sub>i</sub></b>	<b>%</b>
Pobres Extremos	29	58.0
Pobres No Extremos	21	42.0
Total	50	100.0

**Fuente: la propia investigación**

Se observa que el 58.0% (29) de la población estudio se encuentran ubicados en el grupo de pobres extremos; y el 42% (21) se encuentran ubicados en el grupo de pobres no extremos. Datos que concuerdan con los resultados de las tablas 04 y 05.

**CUADRO Nº 07:**

**FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL TIPO DE VIOLENCIA FAMILIAR SEGÚN RESPUESTAS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD 9 DE ABRIL- TARAPOTO. ENERO JUNIO 2013.**

TIPO DE VIOLENCIA	SI		NO		TOTAL	
	f <sub>i</sub>	%	f <sub>i</sub>	%	f <sub>i</sub>	%
<b>Física</b>	11	22.0	39	78.0	50	100.0
<b>Psicológica</b>	25	50.0	25	50.0	50	100.0
<b>Sexual</b>	4	8.0	46	92.0	50	100.0
<b>Económica</b>	44	88.0	6	12.0	50	100.0

**Fuente: la propia investigación**

Observamos que la población estudio en un 88.0 %(44) han respondido que sufren de violencia económica; el 50.0% (25) han respondido que sufren violencia psicológica; el 22.0 % (11) han respondido que sufren violencia física; y el 8.0% (4) han respondido que sufren violencia sexual. Esto refleja que no existe un solo tipo de violencia en la población y que muchas veces las adolescentes por la falta de recursos económicos son violentadas y se asocia en su mayoría con la violencia psicológica.

### CUADRO Nº 8:

**FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL TIPO DE VIOLENCIA FAMILIAR SEGÚN RESPUESTAS AFIRMATIVAS Y LA CANASTA MONETARIA DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD 9 DE ABRIL- TARAPOTO. ENERO JUNIO 2013.**

Pobreza	Pobreza Extrema		Pobreza No Extrema		$\chi^2$ (p < 0,05)
Violencia	fi	%	Fi	%	
Física	4	8,0%	7	14,0%	$\chi^2 = 2,897$ p = 0,235
Psicológica	14	28,0%	11	22,0%	$\chi^2 = 5,118$ p = 0,275
Sexual	2	4,0%	2	4,0%	$\chi^2 = 2,167$ p = 0,539
Económica	26	52,0%	18	36,0%	$\chi^2 = 9,526$ p = 0,090

**Fuente: la propia investigación**

Observamos que al relacionar la violencia con la pobreza, resaltan la violencia económica en un 52.0 %(26) encontrándose mayoritariamente en pobreza extrema y un 36.0% (18) en pobreza no extrema asociada a la violencia psicológica 28.0 % (14) en pobreza extrema y un 22.0% (11) en pobreza no extrema; en violencia física que alcanzo el 8.0 % (4) en pobreza extrema y un 14.0% (7) en pobreza no extrema así como la violencia sexual 4.0% (2) en pobreza extrema y un 4.0% (2) en pobreza no extrema. Así mismo analizando la relación a través del  $\chi^2$  encontramos relación significativa de la pobreza con la violencia económica y psicológica y significativa con la violencia sexual y física.

### CUADRO N° 09

**FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE PRESENCIA DE MANIFESTACIONES DE VIOLENCIA FAMILIAR SEGÚN RESPUESTAS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS DEL CENTRO DE SALUD 9 DE ABRIL-TARAPOTO. ENERO JUNIO 2013.**

<b>PRESENCIA DE MANIFESTACIONES DE VIOLENCIA FAMILIAR</b>		
<b>Intervalo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
0-3	28	56.0
4-7	19	38.0
8-10	3	6.0
Total	50	100.00

**Fuente: la propia investigación**

Observamos que la población estudio en un 56.0% (28) existe presencia de violencia familiar en un intervalo de 0-3, el 38.0% (19) en un intervalo de manifestación de violencia de 4-7, el 6.0% (3) en un intervalo de manifestación de violencia de 8-10. Es decir todas las adolescentes que participaron en el estudio fueron violentadas alguna vez en su vida y esto se incrementa conforme la situación económica se hace es más crítica y que los tipos de violencia no están sólo sino que siempre están unidos según las condiciones en que puedan darse.



### CUADRO N° 10

**FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA ASOCIACION ENTRE POBREZA Y LA VIOLENCIA FAMILIAR EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD 9 DE ABRIL- TARAPOTO. ENERO JUNIO 2013.**

Pobreza	Pobreza Extrema		Pobreza No Extrema		Total	
Violencia	fi	%	fi	%	fi	%
SI	28	56,0%	19	38,0%	47	94,0%
NO	1	2,0%	2	4,0%	3	6,0%
	29	58,0%	21	42,0%	50	100,0%
$\chi^2 = 65,971$ $p = 0,00600000$						

**Fuente: la propia investigación**

Observamos que existe relación altamente significativa entre la pobreza y violencia  $\chi^2 = 65,971$  con un intervalo de confianza del  $p = 0,00600000$  quedando demostrado el objetivo general de la investigación y la hipótesis.

## VI.- DISCUSIÓN

En el estudio encontramos que en relación al tipo de violencia familiar de las gestantes adolescentes en Centro de Salud 9 de Abril – Tarapoto; se observa que el 22.0 % (11) han respondido que sufren violencia física; y el 8.0% (4) han respondido que sufren violencia sexual. Nuestros resultados se asemejan a los resultados publicados por “La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar” (Endes 2011) donde el 38,9% de las mujeres alguna vez unidas reportan haber sufrido violencia física y sexual por parte de su esposo o pareja, aunque en nuestro estudio es mayoritariamente económica y psicológica. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que la violencia del compañero íntimo acarrea numerosas consecuencias a la salud de la mujer y por extensión a la de los hijos e hijas, como lesiones, dolor crónico, embarazos involuntarios y no deseados, complicaciones del embarazo, infecciones de transmisión sexual y una amplia variedad de problemas de salud mental. Por ello, las mujeres víctimas de violencia son usuarias asiduas de los servicios de salud y requieren de una atención urgente y especializada por parte de éstos. (4)

Además las gestantes que respondieron que sufren de violencia física el 22.0 % (11) se relacionan con los datos reportados por Cepeda, Morales, Hernales y Meléndez (México), 2011, realizaron un estudio de cohorte abierto (observacional, longitudinal, analítico) denominado “Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo”; compuesto por 250 pacientes embarazadas que acudieron para su atención obstétrica al INPER (25 con violencia familiar y 125 sin violencia familiar). El objetivo es establecer la fuerza de asociación entre violencia familiar

durante el embarazo, recién nacidos de peso bajo y complicaciones maternas. Llegando al resultado que la violencia física incrementa en dos veces el riesgo de obtener recién nacidos de bajo peso en un 95%. (4)

En el estudio encontramos que en relación al estado socio - demográfico de las gestantes adolescentes en el Centro de Salud 9 de Abril – Tarapoto que el 78.0 %(39) de las encuestadas están entre los 16-18 años de edad, el 80.0 % (40) son de estado civil convivientes y el 92.0 % (46) alcanzaron el grado de instrucción de secundaria y en relación del tipo de pobreza según canasta monetaria se observa que el 58.0 %(29) se encuentran ubicadas en el grupo de pobres extremos; y el 42% (21) en el grupo de pobres no extremos. Nuestros datos se aproximan a los datos reportados por Claudio Stern, PH.D, 1997, en su estudio, el embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica, señala que uno de los argumentos que recientemente ha recibido mayor difusión y respaldo "científico" es aquel que ve en el embarazo adolescente, un mecanismo que contribuye a la transmisión de la pobreza. (6)

En el estudio encontramos que en relación al tipo de violencia familiar que el 88.0%(44) han respondido que sufren de violencia económica; el 50.0% (25) han respondido que sufren violencia psicológica; el 22.0 % (11) han respondido que sufren violencia física; y el 8.0% (4) han respondido que sufren violencia sexual y en relación al tipo de violencia familiar según respuestas afirmativas y la canasta monetaria existe violencia económica en un 52.0 %(26) encontrándose en pobreza extrema y un 36.0% (18) en pobreza no extrema; violencia psicológica 28.0 % (14) en pobreza extrema y un 22.0% (11) en pobreza no extrema; en violencia física 8.0 % (4) en pobreza extrema y un

14.0% (7) en pobreza no extrema; violencia sexual 4.0% (2) en pobreza extrema y un 4.0% (2) en pobreza no extrema. Nuestros datos se aproximan a los datos reportados por Tita Flores Sulcal; Janine SchirmerII, 2006, "Violencia intrafamiliar en la adolescencia en la ciudad de Puno – Perú", el cual indica que la violencia representa, hoy, una de las causas principales del morbilidad, especialmente en adolescentes y mujeres jóvenes de la población. Las carencias económicas podrían justificar el índice más grande de agresión en los niños, donde las familias que maltratan los hijos, son ellas mismas, víctimas del estrés de la pobreza. En dicho estudio, durante la recolección de datos, casi la totalidad de adolescentes refirió la violencia psicológica (los gritos, las reprimendas, las amenazas, los insultos) como actos normales, pues desde la infancia, habían recibido siempre agresiones verbales en su día-por-día. La violencia física fue precedida siempre de la psicológica, siendo ésta encontrada en el 99.5% de las historias. Los adolescentes son particularmente vulnerables al embarazo precoz. La violencia intrafamiliar en sus diversos tipos es frecuente en la mayoría de las adolescentes del estudio. Casi la totalidad de adolescentes del estudio fueron víctimas de violencia psicológica y consideran esa agresión como acto normal. Sin embargo, se sabe que puede dejar las secuelas que a primera vista no se perciben. Entre las causas de la violencia está incluido hasta el mismo embarazo, en el caso de gestantes adolescentes. (5).

En el estudio encontramos que en relación al tipo de violencia familiar que el 88.0 %(44) han respondido que sufren de violencia económica; el 50.0% (25) han respondido que sufren violencia psicológica; el 22.0 % (11) han respondido que sufren violencia física; y el 8.0% (4) han respondido que sufren violencia sexual. Nuestros datos se aproximan a los datos reportados por Vargas y

Rodríguez, (Otuzco - Perú) 2007, realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal denominado “Violencia intrafamiliar física, psicológica, sexual y su relación con el embarazo en adolescentes”. Se realizó a 55 adolescentes que acudieron por motivos obstétricos o perinatales con la finalidad de determinar la relación entre la violencia intrafamiliar física, psicológica y sexual en adolescentes que presentaron embarazo. La información se obtuvo a través de una entrevista, utilizando un cuestionario e ítems de violencia intrafamiliar, esta entrevista fue aplicada por única vez en cada caso. Los datos fueron presentados en tablas de frecuencia absoluta y relativa, de acuerdo con los objetivos propuestos. Los resultados fueron: Se identificó tres tipos de violencia intrafamiliar, siendo: violencia física (80%), violencia psicológica (45.5%) y violencia sexual (7.3%). Las modalidades de la violencia intrafamiliar en las adolescentes que presentaron embarazo fueron violencia leve: patadas (38.2%), insultos (30.9%); violencia grave: estrangulamiento (1.8%), privación de alimentos (5.5%) y coito forzado (1.8%). La violencia psicológica es un factor influyente en el embarazo en adolescentes alcanzando alta influencia significativa ( $P < 0.001$ ). (6)

En el estudio encontramos que en relación al tipo de violencia familiar el 88.0 % (44) han respondido que sufren de violencia económica; el 50.0% (25) han respondido que sufren violencia psicológica; el 22.0 % (11) han respondido que sufren violencia física; y el 8.0% (4) han respondido que sufren violencia sexual. Nuestros datos se aproximan a los datos reportados por ENDES 2011, registra que el 38,9% de las mujeres alguna vez manifestó que fueron víctimas de violencia física y sexual por parte de su esposo o pareja. De esta manera, las mujeres encuestadas informan que han sufrido empujones, golpes, patadas,

ataques o amenazas con cuchillo, pistola u otra arma. Asimismo, en algunos casos, han sido obligadas a mantener relaciones sexuales sin su consentimiento o a realizar actos sexuales que no aprobaban. Con relación a la violencia psicológica, el 65,6 % de las mujeres alguna vez unidas señaló que su esposo o pareja ejerció alguna forma de control sobre ellas. (7)

## VII.- CONCLUSIONES

Después de analizar los resultados del estudio se llegó a las siguientes conclusiones:

1. El ingreso económico mensual personal de las gestantes adolescentes atendidas pobres es de 151 – 284 nuevos soles, de los pobres extremos es menor de 151 a menos por persona. El ingreso económico familiar promedio es de 56.0% con un ingreso económico entre 400- 600 nuevos soles mensuales; el 32.0% están entre 200- 350 nuevos soles mensuales; y el 12.0% entre 650 - 1000 nuevos soles mensuales.
2. El tipo de pobreza de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud 9 de Abril – Tarapoto es pobres extremos en 58.0% y pobres no extremos en 42%.
3. El tipo de violencia familiar de las gestantes adolescentes en el Centro de Salud 9 de Abril – Tarapoto ; sufren de violencia económica en un 88.0 % ; violencia psicológica en un 50.0% ; violencia física en un 22.0 % y violencia sexual en un 8.0%.
4. El estudio nos demuestra que la pobreza es estadísticamente significativa en relación con la violencia familiar  $X^2 = 65,971$   $p = 0,00600000$ ; encontramos que la pobreza extrema es 52% y la pobreza no extrema 36% están relacionados principalmente a violencia económica; otro dato significativo es la violencia psicológica con la pobreza extrema 28% y la pobreza no extrema con un 22%.

## **VIII.- RECOMENDACIONES.**

En base al estudio realizado podemos brindar las siguientes recomendaciones:

1. Promover en los directivos y decisores de los servicios de salud que garanticen un adecuado registro de datos en las historias clínicas con información clara, legible, precisa y concisa y además se cuente con un sistema de registro de datos que facilite un análisis de la información y seguimiento de los casos.
2. Continuar estudios posteriores donde se abarque años anteriores o aspectos cualitativos que permitan verificar la prevalencia e incidencia de violencia y pobreza y determinar qué aspectos favorecen o intervienen en esta problemática.
3. Involucrar a los profesionales de salud en el tema de violencia hacia la mujer gestante, a través de reuniones de sensibilización o talleres de capacitación.
4. Promover la creación de grupos de apoyo hacia la mujer gestante para vencer la violencia y pueda llevar un embarazo feliz.
5. Dar mayor énfasis a la promoción y prevención de salud y estilos de vida saludables en las diferentes instituciones públicas y privadas que agrupen a adolescentes, principalmente en las instituciones educativas con la finalidad de prevenir la violencia e incluso embarazos no deseados.
6. Sensibilizar a la población usuaria en los establecimientos de salud y a la población en general sobre sus derechos.



## IX.- REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.

1. Gonzales E., Olarte P. Llosa G. "Pobreza y violencia domestica contra la mujer en lima metropolitana " <http://www.iep.org.pe> (INSTITUTO DE ESTUDIOS PERUANOS 2011). Pag. 40-45.
2. Bewley, C. "Coping with Domestic Violence during Pregnancy" 1994. Nursing Standard, Pag.8.
3. Ruiz M. "La pobreza familiar, una de las causas de violencia doméstica" 2010 México, Pag. 73-78.
4. Revista de perinatología y reproducción humana. Artículo. Volumen 25, Número 2, Abril-Junio, 2011. <http://www.medigraphic.org.mx>.
5. Revista Costarricense de Salud Pública. Volumen 7 n. 12. San José. Julio 1998. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S140914291998000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S140914291998000200005&script=sci_arttext). Versión ISSN 1409-1429.
6. Vargas R, "Violencia intrafamiliar Embarazo en adolescentes" 2007 Otuzco- Perú. Pag.85-98.
7. ENDES Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2009. <http://es.scribd.com/doc/63456294/ENDES-2009> 11/05/13 17:00-18:00.
8. CEM. Centro de Emergencia de la Mujer "Violencia intrafamiliar por niveles y grupo etario 2012 San Martin-Perú. 03/05/13 9:00- 10:00.
9. Joseph R. Presentación Evaluación del tercer trimestre – Etapa de vida Adolescente. 2008. Dirección Regional de Salud San Martín. Pág. 1 – 25 (2, 5, 7).
10. Pacheco J. VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y EMBARAZO 2007 Ginecología obstetricia y reproducción Argentina 2 edición. Pag. 1215-1220.

11. Ramón E, Garmendia F. Diplomatura atención integral a víctimas en violencia 2010, UMSM-Perú módulo 4. Pag.17-20.
12. MINSA Ministerio de salud. 2010  
[http://www.minsa.gob.pe/portada/esnssr\\_normatividad.asp](http://www.minsa.gob.pe/portada/esnssr_normatividad.asp). 14/05/13 12:00-13:00.
13. INEI. Instituto nacional de estadística e informática 2011  
<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0180/C4-1.HTM>.  
11/05/12 16:00- 16:20.
14. INEI Instituto nacional de estadística e informática 2012.  
<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0180/C4-1.HTM>.  
11/05/13 16:00-17:00.
15. INEI Instituto nacional de estadística e informática Lima, 8 de mayo del 2013.  
<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0180/C4-1.HTM>.  
11/05/13 15:00- 15:20.
16. INEI Instituto nacional de estadística e informática 2012.  
<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0180/C4-1.HTM>.  
11/05/13 20:00-21:00.
17. INEI. Instituto nacional de estadística e informática 2012.  
<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0180/C4-1.HTM>.11/05/13 19:00 -20:00.
18. OMS Organización Mundial de la salud con el trabajo víctimas de maltrato y negligencia en el mundo. 26-03-2012 América Latina Pag 1-5.
19. Kliegman; Behman; etc. “Adolescencia” 2009 Nelson tratado de pediatría Edición 18; Barcelona-España Pag. 60.

20. J. Pacheco. "Pubertad normal en la mujer" 2007 Ginecología obstétrica y reproducción Tomo I 2 Edición Lima- Perú. Pag 218-221
21. Pérez Sánchez. "Adolescencia y embarazo" 1992 Obstetricia Tercera edición Santiago de Chile Pag. 245- 254.
22. Revista de maternidad y embarazo en adolescentes. Artículo, volumen 3 número 4 mayo-agosto 2012.  
[Http://www.maternidadyembarazoenadolescentes.com](http://www.maternidadyembarazoenadolescentes.com) 22/02/13 13:00-15:00.
23. Mongrut Steane. Andrés "Embarazo en la adolescencia" 2000. Tratado de obstetricia cuarta edición Perú. Pag. 755-759.
24. Ministerio de Salud. . Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. Protocolo sobre violencia contra la mujer. 2010. Pag. 12-14.
25. Mosby Poket Diccionario de medicina, enfermería y ciencias de la salud. 2005 VIII edición. España; Elsevier. Pag. 444.
26. Lexus super diccionario edición 1997-1998 español Pag 150.
27. Diccionario español. 2000 <http://www.wordreference.com/definicion/> 30/04/13 20:00-21:00.
28. ENDES. Encuesta demográfica y de salud familiar. 2000  
<http://es.scribd.com/doc/63456294/ENDES-2000> 15/05/13 20:00 – 21:00.
29. Defensoría Del Pueblo 2012. Perú. [Hppt://www.defensoria.gob.pe](http://www.defensoria.gob.pe) 28/05/13 16:00-17:00.
30. OPS Organización Panamericana de la Salud 2011.  
[Hpp://www1.paho.org/default\\_spa](http://www1.paho.org/default_spa). 08/05/13 13:00- 14:00.
31. USAID Agencia de los estados unidos para el desarrollo internacional 25/01/ 2011. <http://www.spanish.peru.usembassy.gob/USAID>. 20/05/13 21:00-22:00.

## **X.- ANEXOS**

**ESTUDIO: LA POBREZA ASOCIADA A LA PRESENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD 9 DE ABRIL- TARAPOTO. PERIODO ENERO - JUNIO 2013.**

### **ENCUESTA**

#### **INTRODUCCIÓN:**

Estimada señora buenos días, somos bachilleres de la carrera profesional de obstetricia de la Universidad Nacional de San Martín, el presente cuestionario está dirigido a gestantes adolescentes; y esperamos que Ud. pueda participar del estudio respondiendo a las preguntas consignadas en la encuesta, es importante que las respuestas que nos brinde sean sinceras y veraces porque eso permitirá conocer la realidad del tema investigado e incidir en las autoridades para que se tomen medidas correctivas. Los datos que se obtengan serán anónimos, por favor marque con una X la respuesta que considera correcta.

#### **I. DATOS GENERALES**

Marque con una X la respuesta correcta.

1. Edad:

- a. 12- 15 años
- b. 16- 18 años
- c. 19 años

2. Estado civil:

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Conviviente

- d. Otros
- 3. Grado de instrucción:
  - a. Analfabeta
  - b. Primaria incompleta
  - c. Primaria completa
  - d. Secundaria incompleta
  - e. Secundaria completa
  - f. Superior no universitario
  - g. Superior universitario
- 4. Ocupación:
  - a. Ama de casa
  - b. Comerciante
  - c. Empleada
  - d. Estudiante
- 5. Ingreso económico personal mensual:
  - a. De S/284.00 n/s – S/151.00 n/s
  - b. De S/150.00 n/s
- 6. Miembros de la familia:
  - a. ¿Cuántos?.....
  - b. ¿Quiénes?.....
- 7. Número de hijo:
  - a. 0 hijo
  - b. 1 hijo
  - c. Más de 2 hijos

## II. CUESTIONARIO

Marque con una X en la opción SI o NO según sea tú caso en cada pregunta.

PREGUNTA		SI	NO
<b>violencia física</b>	1. ¿Tú pareja, familia o persona con quien vives te ha golpeado con sus manos? Esplique:.....		
	2. ¿Tú pareja, familia o persona con quien vives te ha golpeado con los pies (patadas)?		
	3. ¿Tú pareja, familia o persona con quien vives te ha lanzándote o golpeado con algún objeto cuando se enoja o discuten?		
	4. ¿Tú pareja, familia o persona con quien vives te ha amenazado con arma punzo cortante, con el fin de dominarte y/o castigarte?		
	5. ¿Tú pareja te ha quemado o hecho marcas en tu cuerpo con la finalidad de intimidar, probar su hombría o asegurar fidelidad?		
<b>Violencia psicológica</b>	6. ¿Tu pareja, familia o persona con quien vives te ha humillado, puesto apodos, ridiculizado y criticado continuamente en privado o en público, sobre tu apariencia, tu forma de ser o el modo en que haces tus tareas hogareñas?		
	7. ¿Has perdido contacto con amigas, familiares, compañeras/os de trabajo para evitar que tu pareja se moleste?		
	8. ¿Tu pareja, familia o persona con quien vives ha tomado decisiones importantes sin consultar contigo?		
	9. ¿Tu pareja tiene cambios bruscos de humor o se comporta distinto contigo en público, como si fuera otra persona?		
	10. Cuando quiere que cambies de comportamiento, ¿te presiona con el silencio, indiferencia; te intimida con miradas,		

	gestos; o te priva de dinero?		
<b>violencia sexual</b>	11. ¿Tú pareja te ha forzado a tener relaciones sexuales?		
	12. ¿Tú pareja te acusa de infidelidad o te cela con otra persona?		
	13. ¿Tú pareja te revisa forzosamente los genitales para asegurar fidelidad?		
	14. ¿Tú pareja te ha propuesto tener relaciones sexuales por el recto?		
	15. ¿Tú pareja te obliga a mirar pornografía?		
<b>Violencia económica</b>	16. ¿Tú pareja ha destruido o quitado objetos materiales de ambos en un arranque de cólera?		
	17. ¿Tú pareja te dice cuánto es su ingreso económico?		
	18. ¿Tú pareja se responsabiliza en pagar tus gastos personales y los gastos del hogar?		
	19. ¿Tu pareja te permitirle tomar decisiones que implican dinero?		
	20. ¿Tu pareja te reclama o encara los gastos que haces?		

#### LEYENDA:

En el cuestionario consta con 20 preguntas cerradas dicotómicas, con 17 respuestas negativas y 3 respuestas afirmativas dándole el siguiente valor:

A. Respuestas negativas de la pregunta 1 a la 16-20.

No= 0 (si no es violencia familiar)

Si=1 (violencia familiar)

B. Respuestas afirmativas las preguntas 17, 18, 19.

No=1 (violencia familiar)

Si=0 (si no es violencia familiar)

En la encuesta aplicada si encontramos una respuesta que indica violencia es suficiente; sin tomar en cuenta la frecuencia e incidencia ya que los objetivos busca otros fines (ASOCIACIÓN DE POBREZA CON VIOLENCIA FAMILIAR)

### VALIDACION DEL INSTRUMENTO

Para casos en los cuales hay más de un instrumento de recolección de datos, favor usar el siguiente cuadro, dejando sólo el enunciado.

Instrumento	Suficiente	Medianamente suficiente	Insuficiente
Instrumento 1			
Instrumento 2			
Instrumento 3			

Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Redacción de las preguntas:

Adecuada: \_\_\_\_\_ Inadecuada: X

Observaciones:

No usar símbolos para expresar cantidad

\_\_\_\_\_

Para casos en los cuales hay más de un instrumento de recolección de datos, favor usar el siguiente cuadro, dejando sólo el enunciado:


Instrumento	Adecuada	Inadecuada
Instrumento 1		
Instrumento 2		
Instrumento 3		

Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





Para casos en los cuales hay más de un instrumento de recolección de datos, favor usar el siguiente cuadro, dejando sólo el enunciado:

Instrumento	Suficiente	Medianamente suficiente	Insuficiente
Instrumento 1			
Instrumento 2			
Instrumento 3			

Observaciones:

---



---



---

5. Redacción de las preguntas:

Adecuada: ☒ Inadecuada: ☐

Observaciones:

---



---



---

Para casos en los cuales hay más de un instrumento de recolección de datos, favor usar el siguiente cuadro, dejando sólo el enunciado:

Instrumento	Adecuada	Inadecuada
Instrumento 1		
Instrumento 2		
Instrumento 3		

Observaciones:

---



---



---

WILLIAM E. SAUTER  
WILLIAM E. SAUTER, JR.  
WILLIAM E. SAUTER, JR.  
WILLIAM E. SAUTER, JR.  
WILLIAM E. SAUTER, JR.  
WILLIAM E. SAUTER, JR.  
WILLIAM E. SAUTER, JR.  
WILLIAM E. SAUTER, JR.

<b>ITEMS</b>	<b>Obsta. Gloria Quijandria Oliva</b>	<b>Dra. Geraldine Sánchez Rojas</b>
Pertinencia de las preguntas con los objetivos	Suficiente	Suficiente
Pertinencia de las preguntas con las variables	Suficiente	Suficiente
Pertinencia de las preguntas con las dimensiones	Suficiente	Suficiente
Pertinencia de las preguntas con los indicadores	Suficiente	Suficiente
Redacción de las preguntas	Inadecuada	Adecuada

La evaluación del instrumento realizado por los especialistas nos recomienda mejorar las preguntas sin utilizar muchas palabras técnicas, para el mejor entendimiento de la población a trabajar.